



Banque de Tissus  
TSA 40031  
31059 TOULOUSE  
Cedex 9

**Fiche opérationnelle de  
prélèvement PLACENTA**

Ref : DE-BDT-PROC-008-02  
Version : 02  
Applicable le : 18-11-2019



**« BANQUE DE TISSUS »**

Hôpital PURPAN – Place du Docteur Baylac – T.S.A. 40031 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
Tél. 05 61 77 73 32 Télécopie 05 61 77 99 98 Mail : [banquetissus.tech@chu-toulouse.fr](mailto:banquetissus.tech@chu-toulouse.fr)

***Ce document peut être rempli en tout ou partie soit lors de la consultation de pré-anesthésie, soit juste avant l'intervention. Il doit être joint au prélèvement.***

Donneur :

**COLLER BADGE DU  
PATIENT**

Service :

**COLLER BADGE DU  
SERVICE**

- Patiente prévenue du recueil de tissus ..... oui  non   
(Par .....)

Médecin traitant

Nom : .....  
Adresse : .....  
C.P. et Ville : .....  
N° de téléphone : .....

Médecin préleveur

Nom : .....  
Service : .....  
Hôpital : .....  
N° FINESS : .....

Date de l'accouchement .....

**\* LISTE DES CONTRE-INDICATIONS SPECIFIQUES AU DON DE PLACENTA**

Femme mineure (art. 672-5)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Femme sous tutelle (art. 672.5)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Accouchement « sous X »	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Fièvre maternelle supérieure à 38°C	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Liquide amniotique méconial	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Poche des eaux fissurée ou rompue avant l'intervention	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Infection locale active	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Antécédents d'herpès génital retrouvés à l'interrogatoire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**\* ANTECEDENTS ET ETAT CLINIQUE**

**1. Antécédents reconnus vis-à-vis des pathologies suivantes**

- Infection ou suspicion d'infection par le VIH..... oui  non
- Infection ou suspicion d'infection par le HTLV ..... oui  non
- Infection chronique par le VHB ..... oui  non
- Infection chronique par le VHC ..... oui  non

Présence de facteurs de risques authentifiés vis-à-vis de ces infections dans les 12 derniers mois

- Pratiques sexuelles (partenaires multiples : homo ou hétérosexuelles, concernant le donneur ou son partenaire habituel)..... oui  non
- Toxicomanie par voie I.V. du donneur ou de son partenaire régulier ..... oui  non
- Accident d'exposition à du sang ou dérivés suspects d'être contaminés ..... oui  non
- Séjours en milieu carcéral ..... oui  non
- Traitements par hormones hypophysaires (notamment de croissance) extractives ..... oui  non
- Greffe de dure-mère d'origine humaine ..... oui  non



- Antécédents chirurgicaux intéressant le système nerveux central ..... oui  non
- Démence ou maladie neurologique pouvant évoquer une encéphalopathie subaiguë spongiforme ..... oui  non
- Antécédents familiaux entrant dans le cadre des encéphalopathies subaiguës spongiforme ..... oui  non
- Hémopathie maligne ..... oui  non
- Maladie de système ..... oui  non
- Cancer (nature et extension) : ..... oui  non

## 2. Infection généralisée active

- Processus infectieux généralisé ..... oui  non
- Maladies virales avérées ou probables (hépatite virale, VIH, HTLV, rage) ..... oui  non
- Tuberculose active, lèpre ..... oui  non
- Maladie parasitaire, mycose systémique ..... oui  non

## 3. Traitements connus

- Stéroïdes au long cours (>90 jours) ..... oui  non
  - Irradiation, chimiothérapie ..... oui  non
  - Autres (en particulier traitement habituel, à préciser) : .....
  - Transfusions sanguines ..... oui  non
- Si oui, Date(s) :  
Lieu(x) :  
Quantité(s) :

## 4. Pathologie locale

- Antécédents d'irradiation ou de pathologie locale connue ..... oui  non
- Infection bactérienne pouvant contaminer le tissu à prélever ..... oui  non

## 5. Examen lors du prélèvement

- Adénopathies multiples, hépato-splénomégalie ..... oui  non
- Ictère ..... oui  non
- Pathologie au niveau de la zone à prélever ..... oui  non
- Traces de piqûres pouvant évoquer une toxicomanie intraveineuse ..... oui  non

## 6. Antécédents de vaccination pour l'hépatite B

- ..... oui  non
- Si oui, date(s) : .....

## 7. Voyage dans un pays étranger ou dans les DOM-TOM dans le mois précédant le don

- ..... oui  non
- Si oui, préciser date(s) et lieu de séjour: .....

### \* SECURITE SANITAIRE

- Groupe sanguin (si connu) ..... ABO : ..... Rhésus : .....
- **Prélèvements pour la réalisation des examens de sécurisation sanitaire** : 3 tubes secs et 3 tubes EDTA à adresser à la Banque de Tissus avec le greffon.

Date : ..... Heure : .....

Signature du Praticien ayant effectué le prélèvement