



Donneur :

**COLLER BADGE DU
PATIENT**

Service :

**COLLER BADGE DU
SERVICE**

Médecin préleveur

Nom :

Service :

Etablissement :

Date intervention :

Heure intervention :

Taille de la tête prélevée : **Petite** (de 44 à 49)

Moyenne (de 50 à 56)

Grosse (de 57 à 64)

Indication opératoire : COXARTHROSE

OUI : NON :

I- LISTE DES CONTRE-INDICATIONS SPECIFIQUES AU DON DE TETE FEMORALE

Polyarthrite rhumatoïde	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Collagénose	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Maladie de Paget	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Fracture du col	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ostéonécrose	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Antécédents de tuberculose	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

II- ANTECEDENTS ET ETAT CLINIQUE

1. Facteur de risque dans les 12 derniers mois

- Partenaires sexuels multiples homo ou hétérosexuels concernant le donneur ou son partenaire régulier Non Oui
- Toxicomanie par voie intraveineuse concernant le donneur ou son partenaire régulier Non Oui
- Accident d'exposition à du sang ou ses dérivés suspects d'être contaminés Non Oui
- Séjour en milieu carcéral de plus de 96h Non Oui

2. Risque de transmission de maladie à prion

- ATCD de traitement par hormones hypophysaires (notamment de croissance) extractives (avant 1990) Non Oui
- Greffe de cornée, de sclère, de dure-mère d'origine humaine Non Oui
- Antécédents d'intervention neuro-chirurgicale non-documentée (pour laquelle on a peut être utilisé de la dure-mère) Non Oui
- Démence progressive d'évolution rapide Non Oui
- Antécédents familiaux de Maladie de Creutzfeldt-Jakob non iatrogène Non Oui
- Diagnostic d'une des formes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob Non Oui
- Maladie neurologique dégénérative (dont Alzheimer et Parkinson), y compris qui sont d'origine inconnue Non Oui
- Préciser type :
- Séjour au Royaume-Uni >1 an entre 1980 et 1996 Non Oui



3. Pathologie maligne ou antécédent :

- Hémopathie maligne Non Oui
- Cancer Non Oui
Préciser type :

4. Risque infectieux

- Infection par le VIH ou le HTLV ou Hépatite B ou C Non Oui
- Infection généralisée active non contrôlée au moment du don
* Infection bactérienne systémique Non Oui
* Infection virale, parasitaire ou fongique systémique Non Oui
- Piqure de tique dans le mois précédant le don (de mars à novembre) Non Oui

5. Traitements connus :

- Irradiation (préciser zone et indication) : Non Oui
- Traitement habituel et/ou récent dont immuno-suppresseurs Non Oui
Préciser (type, durée, dosage) :

- Transfusion de produits sanguins labiles (concentrés globulaires, plaquettes) dans les 3 mois précédant le don Non Oui

6. Vaccinations

- Vaccination récente avec un vaccin vivant atténué dans le mois précédant le don Non Oui
Préciser :

7. Maladies de système

- Antécédents de maladies auto-immunes chroniques systémiques qui pourraient nuire à la qualité du tissu. Non Oui
Préciser type :

8. Transplantation de xénogreffe

Non Oui

9. Risques sanitaires

- Notion de voyage ou séjour en zone exposant le donneur à un risque infectieux dans un pays étranger, DOM-TOM ou en France métropolitaine (cf. alerte sanitaire en cours) dans les 3 mois précédant le don
Non Oui
Si oui, préciser lieu :
Date retour séjour :
- COVID-19 :
Symptômes cliniques respiratoires évoquant le COVID ou cas contact Non Oui
Test COVID positif <7j Non Oui

Signature du Praticien préleveur :