



« **BANQUE DE TISSUS** »

Hôpital PURPAN – Place du Docteur Baylac – T.S.A. 40031 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
Tél. 05 61 77 77 63 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 :

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>COLLER BADGE DU<br/>PATIENT</b> |
|------------------------------------|

Service :

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>COLLER BADGE DU<br/>SERVICE</b> |
|------------------------------------|

Médecin traitant

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

Médecin préleveur

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

Date et Heure de l'intervention .....

Tête prélevée

Côté DROIT :  Côté GAUCHE :   
Taille de la tête : 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    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Collagénose                | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Maladie de Paget           | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Fracture du col            | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Ostéonécrose               | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Antécédents de tuberculose | oui <input type="checkbox"/> | non <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 ..... 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 dégénératives, y compris qui sont d'origine inconnue .. Non  Oui
- Préciser type: .....

### 3. Pathologie maligne

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

### 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
  - \* Infections bactérienne systémique ..... Non  Oui
  - \* Infection virale, parasitaire ou fongique systémique ..... 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) ..... Non  Oui
- Préciser date : ..... lieu: ..... nature: ..... quantité:

### 6. Vaccinations

- Vaccination récente avec un vaccin vivant atténué ..... Non  Oui
- Préciser date :



## 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

Préciser :

## 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 en cours)  
..... Non  Oui   
date: ..... durée: .....

- COVID-19 :

\* Maladie COVID-19 en cours ou datant <28 jours ..... Non  Oui

\* Présence de signes cliniques inexplicables et évocateurs d'une infection COVID-19  
..... Non  Oui

\* Contact avec une personne à risque ayant présenté des signes évocateurs COVID-19  
..... Non  Oui

Signature du Praticien ayant effectué le prélèvement :

Fin du document