

# FICHE DE PRÉLÈVEMENT DE TÊTES FÉMORALES

**Banque de Tissus Grand Ouest**

Tél. 02.47.36.01.10 - Fax : 02.47.36.02.08

N° de prélèvement et indice :

IDENTITE DU DONNEUR						
Nom			Homme	<input type="checkbox"/>		
Nom de jeune fille			Femme	<input type="checkbox"/>		
Prénom						
Date de naissance			Tél			
Adresse du domicile						
IDENTITE DU MEDECIN TRAITANT						
Nom			Adresse			
			Tél			
INFORMATIONS D'HOSPITALISATION						
Etablissement de santé				Service		
PRELEVEMENT						
<p><b>La tête fémorale est recueillie lors d'une PTH indiquée pour <u>coxarthrose uniquement</u>. POUR TOUTE AUTRE INDICATION, IL EST INUTILE DE PRELEVER.</b></p>						
Prélèvement de la tête fémorale	Date			Heure		
Prélèvement de l'échantillon tissulaire pour contrôle bactériologique				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Prélèvement de sang dans les 4 tubes				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
CARACTERISTIQUES DU GREFFON						
Diamètre (en millimètres)			Qualité de l'os	<input type="checkbox"/> excellente	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> médiocre
Présence de géodes à la radio			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Extraction avec « tire-bouchon »			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Préparation du greffon			<input type="checkbox"/> Synoviale retirée	<input type="checkbox"/> Cartilage retiré	<input type="checkbox"/> Aucun des deux n'a été retiré	
Remarques :						
<p><b>Je soussigné, certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.</b></p>						
Nom et Prénom				Signature		
Fonction						
Date						

Identité Donneur :



N° de prélèvement et indice:

À coller par la banque de tissus

**QUESTIONNAIRE MEDICAL : ANTECEDENTS MEDICAUX ET ETAT CLINIQUE DU DONNEUR**

Toutes les cases OUI ou NON doivent être complétées

	OUI	NON
<b>1- Antécédents vis à vis des pathologies suivantes :</b>		
Infection ou suspicion d'infection par le VIH, VHB, VHC, HTLV		
présence de facteurs de risques vis-à-vis de ces infections dans les 12 derniers mois :		
- Partenaires sexuels multiples homo ou hétérosexuels, concernant le donneur ou son partenaire régulier		
- Toxicomanie par voie intraveineuse concernant le donneur ou son partenaire régulier		
- Accident d'exposition à du sang ou dérivés suspects d'être contaminés		
- Séjour en milieu carcéral		
Patient porteur d'une des formes de la maladie de Creutzfeld Jakob (sporadique, génétique, iatrogène)		
Antécédents familiaux entrant dans le cadre des encéphalopathies subaiguës spongiformes		
Démence ou maladie neurologique pouvant évoquer une encéphalopathie subaiguë spongiforme		
Démence à corps de Lévy, démence progressive d'évolution rapide		
Méningoencéphalite, encéphalite sclérosante subaiguë, encéphalite d'étiologie inconnue		
Encéphalopathie hépatique non ictérique (Reye)		
Maladie neurologique dégénérative incluant les maladies d'origine inconnue. Exemples : maladie d'Alzheimer, sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Charcot, maladie de Parkinson, syndrome parkinsonien, maladie de Huntington, maladie de Pick etc		
Voyage ou séjour au Royaume Uni > 1 an cumulé entre le 01.01.1980 et le 31.12.1996		
Traitement par hormones hypophysaires (notamment de croissance) extractives		
Greffe d'organes, tissus (notamment cornée, sclère, dure-mère) ou cellules d'origine humaine ou animale		
Antécédents chirurgicaux intéressant le système nerveux central		
Intervention neurochirurgicale non documentée (pour laquelle on a peut être utilisé de la dure-mère)		
Cancer, hémopathie maligne		
Antécédents de tuberculose		
Maladie auto-immune chronique systémique qui pourrait nuire à la qualité de l'os et des tissus mous associés		
<b>2- Infection généralisée active</b>		
Toutes infections virales avérées ou probables. Exemples : hépatites virales, VIH, HTLV, rage, herpès, varicelle, zona, etc		
Tuberculose, lèpre		
Infections parasitaires, mycoses systémiques		
Infections bactériennes systémiques		
<b>3- Etat de santé susceptible d'altérer la qualité de l'os</b>		
<b>4- Traitement contre-indiquant le prélèvement</b>		
Stéroïdes au long cours (>90 jours)		
Traitement en cours à base d'immunosuppresseurs		
Chimiothérapies, irradiations		
<b>5- Pathologie locale (tissus à prélever)</b>		
Antécédents d'irradiation ou de pathologie locale connue dont infectieuse		
Infection bactérienne pouvant contaminer le tissu à prélever		
<b>6- Vaccination avec un vaccin vivant atténué inférieur à 1 mois</b>		
<b>7- Examen lors du prélèvement</b>		
Adénopathies multiples, hépato-splénomégalie, ictère		
Pathologie au niveau de la zone à prélever		
Traces de piqûres pouvant évoquées une toxicomanie intraveineuse		
Présence sur le corps de signes physiques impliquant un risque de maladie transmissible		
<b>8- Ingestion d'une substance ou exposition à une substance : ex. cyanure, plomb, mercure, or, etc</b>		
<i>Si l'une des réponses ci-dessus est positive, il est inutile de prélever</i>		
<b>9- Traitement en cours (pour maladies chroniques ou aiguës)</b> Si oui, précisez le nom des médicaments		
<b>10- Transfusion sanguine (si non autologue)</b> Si oui : Date :                      Lieu :                      Nature :                      Quantité :		
<b>11- Voyage récent (retour dans les 28 jours)</b> Si oui, précisez : Pays + régions :                      Date de début :                      Date de fin :		

A compléter et à signer par le **chirurgien** responsable de la sélection clinique.

Nom et Prénom	Signature
Fonction	
Date	

Identité Donneur :



N° de prélèvement et indice:

À coller par la  
banque de tissus**AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement être opéré(e) de la hanche : cette opération comporte l'ablation de la tête fémorale qui a perdu son cartilage pour la remplacer par une prothèse. Cependant, l'os qui constitue la tête du fémur peut être conservé dans des banques de tissus autorisées et permettre des greffes. Ces greffes seront très utiles pour traiter d'autres patients qui ont besoin d'un apport d'os, pour reconstruire un os malade. Ce type de don se rapproche du don de sang et nécessite de vérifier préalablement l'absence de facteurs de risques pour la personne qui sera greffée, par la réalisation d'un interrogatoire médical et d'analyses sanguines.

Nous avons besoin de votre autorisation pour :

- Prélever et conserver ce fragment osseux pour un usage thérapeutique ;
- Réaliser les tests de dépistage obligatoires pour les pathologies suivantes : hépatite B, hépatite C, VIH, Syphilis, HTLV au moment du prélèvement ;
- Conserver vos données médicales ;
- Conserver congelé un échantillon de votre sérum dans une sérothèque, afin d'effectuer de nouveaux contrôles si cela était nécessaire ;
- Eventuellement utiliser cette tête fémorale dans un but de recherche si elle ne peut être utilisée en priorité pour le traitement d'autres patients ;

Si vous êtes d'accord pour que votre tête fémorale puisse être conservée dans une banque de tissus et être éventuellement donnée, de façon anonyme, à un autre malade ou servir pour des protocoles de recherche, il vous suffit de remplir le formulaire ci-dessous. Dans le cas contraire, votre tête fémorale ne sera pas conservée.

Les informations recueillies dans ce cadre, comme les résultats d'examens sérologiques, permettront de valider la tête fémorale, et ne seront accessibles qu'aux seules personnes autorisées.

Elles font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par l'Etablissement Français du Sang, en tant que responsable de traitement, la durée légale de leur conservation est au moins égale à 10 ans.

Conformément aux lois et règlements en vigueur en matière de protection des données et à condition de justifier de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également à tout moment retirer votre consentement au traitement des données vous concernant. Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits auprès de l'Etablissement Français du Sang, dont le siège se situe 20 avenue du Stade France, 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex, en adressant un courrier au responsable de la Banque de Tissus Grand Ouest, située 2 boulevard Tonnellé – B.P. 40661 – 37206 TOURS Cedex 3. Si l'Etablissement Français du Sang est dans l'impossibilité de faire droit à votre demande, il motivera sa décision et vous en informera dans les meilleurs délais.

Nous vous remercions de l'aide que vous apportez au traitement de certains malades pour lesquels cette banque d'os représente un espoir considérable.

**A compléter et signer par le donneur :**

Je soussigné(e), .....né(e) le.....

autorise le service d'Orthopédie ..... à adresser à la Banque de Tissus Grand Ouest de l'Etablissement Français du Sang la tête fémorale qui sera ôtée pour le positionnement de ma prothèse. Elle sera conservée et utilisée ultérieurement pour d'autres patients, ou pour la recherche dans le cas où l'utilisation pour d'autres patients ne serait pas possible. A cette fin, j'accepte que soient réalisés les examens virologiques nécessaires, la congélation et le stockage de mon sérum en sérothèque pour une durée minimale de 10 ans, ainsi que la conservation de mes données médicales conformément aux modalités décrites dans le présent formulaire.

Fait le ..... à .....

Signature :