

FICHE OPÉRATIONNELLE DE PRÉLÈVEMENT DE TÊTES FÉMORALES SUR DONNEUR VIVANT LORS D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES

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><i>La tête fémorale est recueillie lors d'une PTH indiquée pour <u>coxarthrose uniquement</u>. POUR TOUTE AUTRE INDICATION, IL EST INUTILE DE PRELEVER.</i></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 :						
Je soussigné, certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.						
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'examens biologiques.

Nous avons besoin de votre autorisation pour que soient réalisés :

- Le prélèvement et la conservation de ce fragment osseux pour un usage thérapeutique ;
- Les tests de dépistage obligatoires pour les pathologies suivantes : hépatite B, hépatite C, VIH, Syphilis, HTLV au moment du prélèvement ;
- Un prélèvement par écouvillonnage naso-pharyngé pour la réalisation d'un test RT-PCR en vue du dépistage Covid-19 au plus près du jour du don ;
- La conservation de vos données médicales ;
- La conservation d'un échantillon congelé de votre sérum dans une sérothèque, afin d'effectuer de nouveaux contrôles si cela était nécessaire ;
- L'utilisation éventuelle de 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 biologiques, 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.

Avec nos sentiments dévoués.

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 biologiques 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 :