



FICHE DE PRÉLÈVEMENT

selon le modèle de fiche de recueil de résidus opératoires
établi par L'Agence de la Biomédecine

A joindre à la tête fémorale

N°

<u>DONNEUR</u>	<u>INTERVENTION</u>	<u>INDICATION OPÉRATOIRE</u>
Nom :	Établissement :	<input type="checkbox"/> Coxarthrose
Prénom :	N° FINESS :	<input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Chirurgien :	<input type="checkbox"/> Fracture du col
Date de naissance :	Date :	<input type="checkbox"/> Autre :
Code postal du domicile :		

Cocher les cases correspondantes et préciser le cas échéant NC si donnée non connue.

Oui Non

1. Appartenance à un groupe à risque de transmission de maladies infectieuses

- Partenaires sexuels multiples homo ou hétérosexuels, concernant le donneur ou son partenaire
- 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

2. Risque de transmission des maladies dues aux agents transmissibles non conventionnels

- Traitement par hormone hypophysaires (notamment de croissance) extractives
- Greffe de dure-mère d'origine humaine
- Antécédents chirurgicaux intéressant le système nerveux central
- Démence ou maladie neurologique pouvant évoquer une encéphalopathie subaiguë spongiforme
- Antécédents familiaux entrant dans le cadre des encéphalopathies subaiguës spongiformes

3. Infection généralisée active

- Infection ou suspicion d'infection par le VIH ou le HTLV ou Hépatite virale B ou C
- Maladies virales avérées ou probables (notamment hépatites virales, VIH, HTLV, rage)
- Mycose ou infection bactérienne systémique, tuberculose active, lèpre, maladie parasitaire

4. Autre pathologie authentifiée

- Hémopathie maligne
- Cancer : si oui, préciser :
- Maladie de système ou autres, préciser :

5. Traitement connu

- Stéroïdes au long cours (>90 jours)
- Irradiation, chimiothérapie
- Transfusion sanguine : si oui : Date : Lieu : Quantité :

6. Pathologie locale (tissus à prélever)

- Antécédents d'irradiation ou de pathologie locale connue
- Infection bactérienne pouvant contaminer le tissu à prélever
- Examen lors du prélèvement :
 - . Adénopathies multiples, hépato-splénomégalie, ictère
 - . Pathologie au niveau de la zone à prélever
 - . Traces de piqûres pouvant évoquer une toxicomanie intraveineuse

7. Information

- Antécédents de Vaccination pour l'hépatite B

SIGNATURE DU MÉDECIN

Chirurgien

Nom :

Signature :

Partie réservée à TBF

Technicien	Laboratoire d'analyses	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Qualité os	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Date de réception	Commentaire sang		Qualité sang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transporteur TSE	Saisie informatique		Fiche de Prlv	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Remarques

Date validation

Visa

TBF

6, rue d'Italie 69780 Mions - France
Tél. : 04 72 68 69 09 - Fax : 04 72 68 69 10
www.tbf-lab.com - info@tbf-lab.com

EN 004 / PR 03 / RECU - Version 8