

LETTRE D'INFORMATION DU DONNEUR

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier de la mise en place d'une prothèse totale de hanche. Pour réaliser cette intervention, le chirurgien pratique l'ablation de la tête fémorale. Cette dernière est alors soit détruite par incinération soit conservée et récupérée par une banque de tissus. Cette tête fémorale pourra être utilisée ultérieurement pour réparer des pertes osseuses, qu'elles soient traumatiques, tumorales ou liées à des changements de prothèses. Votre don est nécessaire car les besoins en greffon osseux sont très importants.

TBF est une Banque de Tissus Française, autorisée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, et participe à la promotion du don de greffes osseuses en sollicitant votre accord pour la récupération de votre tête fémorale. Ce don de tissu est réalisé avec le concours de votre chirurgien, il n'entraîne aucun risque ni aucun frais à votre charge.

TBF engage sa responsabilité sur le strict respect de l'éthique et des règles sanitaires telles que dictées par le Code de la Santé Publique. Cette réglementation repose sur les principes suivants :

- le don est gratuit, anonyme (le bénéficiaire n'a pas connaissance de l'identité du donneur) et sans publicité.
- un dépistage sérologique obligatoire est effectué comprenant la recherche d'infections transmissibles (HIV, hépatite B, C, HTLV, syphilis). Les résultats de ces examens sont confidentiels, conservés par la banque de tissus et transmis au chirurgien, chargé d'en donner la signification au donneur.
- l'identité du donneur est enregistrée sur ordinateur par la banque de tissus qui a déclaré cette activité auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés. Un accès aux données nominatives du donneur et une rectification est possible.

Votre décision permettra de faciliter le traitement d'autres patients.

TBF vous en remercie par avance.

Partie à compléter par le donneur en cas d'acceptation

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus. J'autorise la récupération de ma tête fémorale par TBF et la réalisation d'un dépistage sérologique de maladies transmissibles.

Nom :
Prénom :

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Fait le :