Formulaire

**PTA-VIRO-Prescription d'examens pour la recherche de maladies infectieuses transmissibles chez les donneurs d'organes, tissus ou cellules**

|  |  |
| --- | --- |
| **A ADRESSER AU RTE**  **du Bâtiment de Biologie et Biopathologie du CHRU de Nancy Brabois** | |
| Etablissement de santé : - identification  - service/UF  - Tel direct :  - Fax : | |
| Identification du donneur (étiquette) | |
| Prescripteur\* : - Nom/Prénom :  **Cadre réservé au laboratoire**  Centrifugation :  - date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  - heure : \_ \_ h \_ \_  - Date de prescription : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  \* si prélèvement cornées au CHRU, noter UPOT | |
| Préleveur  : - Nom/Prénom :  - Date du prélèvement : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  - Heure du prélèvement : \_ \_ h \_ \_ | |
| **Renseignements cliniques et biologiques obligatoires** | |
| **Type de donneur**  🞏 Donneur vivant  🞏 PMO – SME / DDAC Maastricht 3  🞏 DDACP arrêt cardiaque persistant (tissus post-mortem, prélèvement de cornées) | **Type de don**  🞏 Organe(s) 🞏 Cellules  🞏 Tissus  🞏 Allogénique 🞏 Autologue |
| **Pourcentage d’hémodilution** du donneur : ………..% (Calcul réalisé par l’UPOT) | |
| **Notion de :**  - vaccination hépatite B ;  - administration de plasma, de concentré plaquettaire ou de médicaments dérivés du sang ;  - prise d’immunosuppresseur  dans les 3 mois précédents le prélèvement de l’échantillon | 🞏 oui 🞏 non  Si oui, précisez .......................................................  .................................................................................  .................................................................................  ................................................................................. |
| **Bilan sérologique et moléculaire réglementaire ou complémentaire** | |
| 🞏 Cornées 🞏 PMO 🞏 CSP autologue / PCE  🞏 Cornées en attente 🞏 PMO en attente 🞏 DVMO  🞏 Tête fémorale 🞏 Donneur vivant d’organes 🞏 Donneur intrafamilial  🞏 Autres tissus | |