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’immunosuppresseurdans les 3 mois précédents le prélèvement de l’échantillon | 🞏 oui 🞏 nonSi 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 |