

## DOSSIER DONNEUR VIVANT D'UTERUS

<b>1 – IDENTIFICATION DU DONNEUR.....</b>	<b>2</b>
Identification du donneur .....	2
Adresse où le donneur peut être joint.....	3
Adresse permanente .....	3
<b>2 – INSCRIPTION.....</b>	<b>4</b>
<b>3 – COMITE DONNEUR VIVANT .....</b>	<b>5</b>
Comité donneur vivant.....	5
Echanges organisationnel .....	5
<b>4 – PRELEVEMENT .....</b>	<b>6</b>
Organisation du prélèvement.....	6
Déclaration du prélèvement.....	6
<b>5 – VALIDATION DES RISQUES .....</b>	<b>7</b>
Validation des risques.....	7
Echanges organisationnels.....	7

## 1 – Identification du donneur

### Identification du donneur

N° du donneur

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance (*Date*)

Sexe (*M=Homme / F=Femme*)

Groupe sanguin

Rhésus

Poids (kg)

Taille (cm)

Nationalité

Lieu de naissance

Pays d'origine

Pays de résidence

#### Le donneur bénéficie de l'assurance maladie en France ?

- A Autre
- MS Mutualité sociale agricole (MSA)
- RG Régime général
- RS Régime social des indépendants (RSI)

#### Quelle est sa situation professionnelle ?

- A Autre
- ET Etudiant
- RE En recherche d'emploi
- RT Retraité
- S Salarié
- SE Sans emploi
- TI Travailleur indépendant

#### Quelle est la durée de l'arrêt maladie prévu ?

- 1M Jusqu'à 1 mois
- 3M 3 mois et plus
- E Entre 1 et 2 mois
- SO Sans objet

Les conséquences financières du don ont-elles été évoquées avec le donneur ?

**Quelles sont ces conséquences financières notamment pour travailleurs indépendants ?**

AP      Aucune perte  
PC      Perte de chiffre d'affaires  
PR      Perte de revenus

**Précisez si besoin**

**L'organisation du retour à domicile a-t-elle été anticipé ?**

**Besoin d'un interprète ?**

Si oui, quelle langue ?

**Adresse où le donneur peut être joint**

Rue

Complément

Code postal

Commune

Téléphone 1 mobile

Téléphone 2 fixe

Email

**Adresse permanente**

Rue

Complément

Code postal

Commune

Pays

## 2 – Inscription

**Correspondant DV médical**

**Correspondant DV non médical**

**Equipe de prélèvement**

**Site de prélèvement**

**Equipe de greffe prévue**

### Lien avec le receveur à l'inscription

ASC	Ascendant Direct (Mère ou Père)
COLL	Collatéraux directs (Frère, Soeur)
CONJ	Conjoint
CONJPM	Conjoint du père ou de la mère
COUSIN	Cousins ou cousines germaines
DESC	Descendant Direct (Fils, Fille)
GP	Grands parents
ONCLE	Oncles ou tantes
VIECOM	Vie commune supérieure à 2 ans

### NATT du receveur à l'inscription

**Identité du receveur** (*récupération automatique receveur*)

**Groupe sanguin du receveur** (*récupération automatique receveur*)

**Date d'inscription du receveur** (*récupération automatique receveur*)

**Date de greffe du receveur** (*récupération automatique receveur*)

**Equipe d'attente ou de greffe** (*récupération automatique receveur*)

**Nombre de greffes antérieures de Utérus** (*récupération automatique receveur*)

**Nombre de greffes antérieures de Utérus enregistré dans Cristal** (*récupération automatique receveur*)

**Nombre de greffes d'autre organes** (*récupération automatique receveur*)

**Nombre de greffes d'autre organes enregistré dans Cristal** (*récupération automatique receveur*)

**Equipe de suivi** (*récupération automatique receveur*)

**Maladie initiale** (*récupération automatique receveur*)

### 3 – Comité donneur vivant

#### Comité donneur vivant

Procédure dégradée (O=Oui, N=Non)

Comité donneur vivant

Date du comité donneur

Horaire du comité

Lieu du comité

Heure de convocation

Date prévisionnelle du comité donneur vivant

Date de consentement auprès du TGI

Nom du tribunal

Date de décision du comité donneur vivant

Décision du comité donneur vivant

- |   |                        |
|---|------------------------|
| A | Autorisation           |
| B | Abandon de procédure   |
| D | En attente de décision |
| I | Information            |
| N | Procédure non aboutie  |
| R | Refus                  |

Personne réceptionnaire du mail

#### Echanges organisationnel

Précision organisationnelle à transmettre au secrétariat

Période d'indisponibilité du donneur du xx au xx

Réponse du secrétariat

## 4 – Prélèvement

### Organisation du prélèvement

Equipe de prélèvement

Site de prélèvement

Organe

Date prévisionnelle de prélèvement

Technique opératoire

CL	Classique
RA	Robot assisté

### Déclaration du prélèvement

Etat du donneur

B	Procédure non aboutie
D	Décédé
N	Non opéré, non prélevé
O	Opéré, non prélevé
P	Opéré, prélevé
V	Perdu de vue

NATT du receveur greffé

Date de prélèvement

Identité du receveur (*récupération automatique receveur*)

Date d'inscription du receveur (*récupération automatique receveur*)

Date de greffe du receveur (*récupération automatique receveur*)

Equipe d'attente ou de greffe (*récupération automatique receveur*)

## 5 – Validation des risques

### Validation des risques

Médecin SRA

Validez-vous le dossier

Commentaire

Niveau du risque

Demande d'un avis d'expert

### Echanges organisationnels

Précisions à transmettre au SNDV

Réponse du SNDV