



A renvoyer complété à la BdT du CHU de Toulouse.

PRESCRIPTION CORNEE

A compléter par le prescripteur

Grefe : Date et heure.....

Etablissement demandeur: Tél :

Livraison : Date et heure souhaitée :

Lieu :

Receveur : Numéro d'attente (NATT) :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Sexe : M F

Type de greffe : Transfixiante (KT) DMEK DSAEK
 Lamellaire antérieure Tectonique (bouchon)

Critères du greffon (A compléter si pas de greffon proposé)

Cellularité : <2000 ≥2000 Sclère : <2 mm ≥ 2 mm
Autre:

Date de la demande :

Nom et signature du médecin prescripteur :

GREFFON PROPOSE

Le :

A compléter par la BdT

N°

Péremption :

Greffable au plus tôt dans 3 jours, sous réserve de réception de la prescription avant midi dans les 2 jours précédant la greffe (hors WE et jours fériés).

Cellularité (nombre de cell/mm ²)	
Sclère (largeur minimale en mm)	
Age du donneur (ans)	
Donneur avec « infection VHB ancienne guérie »	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Donneur diabétique	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Autres renseignements :

ATTENTION : En l'absence de réponse de votre part dans les 2 jours ouvrables, ce greffon sera proposé à une autre équipe de greffe.