



Banque de Tissus
 TSA 40031
 31059 TOULOUSE
 Cedex 9

**Prescription médicale en vue
 d'une commande d'OS LONG**

DE-BDT-PROC-025-05

Version : 5

Applicable le : 09-11-2023



A renvoyer complété à la BdT du CHU de Toulouse.

Caractéristiques du greffon

Type d'os

Côté : droit gauche indifférent.....

Dimensions (taille, diamètre...) :

.....

.....

Date de greffe :

Date et heure de livraison souhaitée :

Lieu de livraison :

Receveur

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Sexe :

Indication opératoire :

Etablissement demandeur:

Service :

N° Tel :

Nom du Médecin prescripteur :

Date :

Cachet et signature :