



Banque de Tissus
TSA 40031
31059 TOULOUSE
Cedex 9

**Fiche de renseignements
(autogreffe) VOLET CRANIEN**

Ref : DE-BDT-PROC-010-02
Version : 02
Applicable le : 24-03-2016



« **BANQUE DE TISSUS** »

Hôpital PURPAN – Place du Docteur Baylac – T.S.A. 40031 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9
Tél. 05 61 77 73 34 Télécopie 05 61 77 99 98 Mail : chatelut.m@chu-toulouse.fr

TYPE DE GREFFON : Volet Crânien

Nom et Prénom :

Date de naissance :

(BADGE DU PATIENT)

**ETIQUETTE DU
SERVICE**

N° d'anonymat :

.....

(Coller étiquette MOTISSUS)

Adresse :

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :

.....

.....

INTERVENTION CHIRURGICALE :

Date et heure du prélèvement:

Indication :

.....

Contexte tumoral avec infiltration possible de l'os : OUI NON

Nom du Chirurgien préleveur :

Signature du Chirurgien préleveur :

REMARQUES :

.....

.....