« BANQUE DE TISSUS »
Hôpital PURPAN – Place du Docteur Baylac – T.S.A. 40031 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9
Tél. 05 61 77 73 32 Télécopie 05 61 77 99 98 Mail : banquetissus.tech@chu-toulouse.fr

*Bon à compléter et à **transmettre** à la BANQUE DE TISSUS par mail*

Etablissement demandeur : .....

Service : ……

N° Tél : .....

Date et Heure d'intervention prévue : .....

Date - Heure et Lieu de livraison souhaités : .....

Spécificités du/des greffon(s) demandé(s)

N° greffon	Type de greffon	Taille
…….	……	……
…….	……	……
…….	……	……
…….	……	……

Donneur avec profil sérologique « infection VHB ancienne guérie » accepté : □ OUI □ NON

RECEVEUR

Nom : .....Prénom :.....

Nom de jeune fille :.....

Date de naissance :.....Sexe : .....

Indication thérapeutique : ……

Date de la demande :

Nom et Signature du médecin prescripteur :

Fin du document