



Banque de Tissus  
TSA 40031  
31059 TOULOUSE Cedex  
9

Prescription médicale en vue d'une  
commande d'ARTERE

Ref : DE-BDT-PROC-022-04  
Version : 04  
Applicable le : 17-12-2019



**« 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](mailto:banquetissus.tech@chu-toulouse.fr)

**Bon à compléter et à FAXER à la BANQUE DE TISSUS → Télécopie 05 61 77 99 98**

**Etablissement :** .....

**Service demandeur :** .....

N° Tel : ..... N° Télécopie : .....

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

**Date et Lieu de livraison souhaitée :** .....

**Spécificités du (des) greffon(s) demandé(s) :**

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

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

**Indication thérapeutique :** .....

**Receveur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

**Médecin prescripteur**

Fait à : ..... le : .....

**Nom :** ..... **Cachet et signature :**