



Banque de Tissus  
TSA 40031  
31059 TOULOUSE  
Cedex 9

**Prescription médicale en vue  
d'une commande de TETE  
FEMORALE**

Ref : DE-BDT-PROC-028-03  
Version : 03  
Applicable le : 06-06-2016



**« 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](mailto:chatelut.m@chu-toulouse.fr)

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

**Etablissement demandeur :** .....  
.....  
.....

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

N° Tel : .....

N° Télécopie : .....

**Date et heure de l'intervention :** .....

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

**Lieu de livraison souhaitée :** .....

**Indication opératoire :** .....

**Spécificités du greffon demandé :**

Taille :        gros (57-64 mm)        moyen (50-56 mm)        petit (44-49 mm)

Nombre :        .....        .....        .....

**Receveur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

**Médecin prescripteur :**

Fait à : ..... le : .....

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