



**Banque de Tissus**  
TSA 40031  
31059 TOULOUSE  
Cedex 9

**Prescription médicale en vue  
d'une commande de VOLET  
CRANIEN**

**DE-BDT-PROC-029-05**

Version : 5

Applicable le : 21-10-2024



**« 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**

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

N° Tél : .....

N° Télécopie : .....

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

*Livraison à 8h30 (sauf demande exceptionnelle de votre part)*

**RECEVEUR**

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

**COLLER**

**ETIQUETTE PATIENT**

**Indication thérapeutique :** .....

Date de la prescription :

**Nom et Signature du médecin prescripteur :**