

PRESCRIPTION DE TISSUS D'ORIGINE HUMAINE

**Banque de Tissus Grand Ouest**

2 bd Tonnellé - BP 40661 37206 Tours cedex 3

Tél : 02.47.36.01.10 – Fax : 02.47.36.02.08

*Document à faxer dûment complété*

<b>ETABLISSEMENT DE SOINS :</b>		<b>SERVICE :</b>	
<b>GREFFE Prévue le</b>	Date :	Heure :	
<b>LIVRAISON Souhaitée le</b>	Date :	Heure :	Nom du BLOC précisez : Bâtiment, Etage
		Téléphone	
<b>TISSU DEMANDÉ</b>			
<b>AUTOLOGUE</b>	<input type="checkbox"/> Volet crânien <input type="checkbox"/> Artère <input type="checkbox"/> Valve cardiaque <input type="checkbox"/> Fragment cutané <input type="checkbox"/> Os massif <input type="checkbox"/> Tête fémorale cryoconservée <input type="checkbox"/> Os viro-inactivé <input type="checkbox"/> Tendon / Ligament <input type="checkbox"/> Membrane amniotique		Précisez selon le tissu: type, nature, dimensions (longueur, largeur, diamètre, surface, etc), présence ou non de baguette osseuse, insertion tendineuse, etc  Nombre total de greffons <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	<input type="checkbox"/> Cornée		Indiquer le(s) numéro(s) de greffon sélectionné(s) le cas échéant :  Pour les fragments cutanés uniquement superficie : ..... cm <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Bactériologie positive acceptée <input type="checkbox"/> Stérile
<b>ALLOGENIQUE</b>	<input type="checkbox"/> Kératoplastie <b>TRANSIXIANTE</b>		<input type="checkbox"/> DCE > à 2000 cellules/mm <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Autre DCE : > à <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> cellules/mm <sup>2</sup>
	<input type="checkbox"/> Kératoplastie lamellaire <b>POSTERIEURE</b>		<input type="checkbox"/> DCE (cellules/mm <sup>2</sup> ) > à : <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	<input type="checkbox"/> Kératoplastie lamellaire <b>ANTERIEURE</b>		<input type="checkbox"/> Grande collerette (> 2 mm) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Bouchon cornéen		<input type="checkbox"/> < DCE < 2000 cellules/mm <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> DCE > à 2000 cellules/mm <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> non congelé <input type="checkbox"/> congelé
<b>N° GLAC :</b>			
<b>INDICATION CLINIQUE DE LA GREFFE</b>			
<b>Précisez :</b>			
<b>RECEVEUR</b> <i>(en l'absence d'étiquette, écrire distinctement svp)</i>			
Nom			
Nom de jeune fille <i>(obligatoire pour les femmes mariées)</i>			
Prénom			
Date de naissance			
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
<b>PRESCRIPTEUR</b>			
Nom et Prénom			Date :
Fonction			Signature :
<b>CONFIRMATION PAR LA BANQUE DE TISSUS</b> <i>(cadre réservé à la banque de tissus)</i>			
Livraison programmée le	Date :	Heure :	Lieu :
			Visa TL

