

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

ETABLISSEMENT DE SOINS :		SERVICE :				
GREFFE Prévue le	Date :	Heure :				
LIVRAISON Souhaitée le	Date :	Heure :	Lieu :			
TISSU DEMANDÉ						
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/> Volet crânien	<i>Précisez selon le tissu: type, nature, dimensions (longueur, largeur, diamètre, surface, etc), présence ou non de baguette osseuse, insertion tendineuse, etc</i>		Nombre total de greffons ou surface totale (cm ²) <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>		
	<input type="checkbox"/> Côte					
<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						
ALLOGENIQUE	<input type="checkbox"/> Kératoplastie TRANSFIXIANTE	<input type="checkbox"/> DCE > à 2000 cellules/mm ²	<input type="checkbox"/> Autre DCE : > à	<input type="text" value=""/>	cellules/mm ²	
	<input type="checkbox"/> Kératoplastie lamellaire POSTERIEURE	<input type="checkbox"/> DCE (cellules/mm ²) > à :	Grande collerette (> 2 mm) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si critère d'âge alors, âge du donneur > à : <input type="text" value=""/> ans	
	<input type="checkbox"/> Kératoplastie lamellaire ANTERIEURE	<input type="checkbox"/> <input type="text" value=""/>	< DCE < 2000 cellules/mm ²	<input type="checkbox"/> DCE > à 2000 cellules/mm ²		
	<input type="checkbox"/> Bouchon cornéen	<input type="checkbox"/> non congelé	<input type="checkbox"/> congelé			
	N° GLAC :					
INDICATION CLINIQUE DE LA GREFFE						
<i>Précisez :</i>						
RECEVEUR (en l'absence d'étiquette, écrire distinctement svp)						
Nom						
Nom de jeune fille (obligatoire pour les femmes mariées)						
Prénom						
Date de naissance						
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F				
PRESCRIPTEUR						
Nom et Prénom			Date :	Signature :		
Fonction						
CONFIRMATION PAR LA BANQUE DE TISSUS (cadre réservé à la banque de tissus)						
Livraison programmée le	Date :	Heure :	Lieu :	Visa TL		