

**ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG – CENTRE-ATLANTIQUE**

B.P. 40661 – 37206 TOURS Cedex 3  
Tél. : 02.47.36.01.10 – Fax : 02 47 36 02 08  
N° d'autorisation de la banque de tissus : BT/11/R/001

**Banque de Tissus Grand Ouest : Responsable Dr Marie PRAT-LEPESANT**

<b>Enregistrement</b> EN-CRY-017 Version : 9	<b>Demande de tissus d'origine humaine</b>	
<b>Version validée Signé par Marie PRAT-LEPESANT</b> (Responsable Ingénierie Cellulaire et Tissulaire EFS-CA) le 25/02/2015	<b>Site(s) d'application : Tours</b>	<b>1/1</b>

*Document à faxer complété au 02.47.36.02.08*

N° de commande  
(Cadre réservé à la BTGO)

<b>Date de la demande</b>		<b>Etablissement de soins demandeur</b>	
<b>Service demandeur</b>		<b>Date et heure prévues de la greffe</b>	
<b>Date et heure de livraison souhaitées</b>		<b>Lieu de livraison souhaité</b>	
<b>Médecin prescripteur</b>		<b>Signature du prescripteur</b>	

**Tissu(s) demandé(s)**

<b>Type de tissu et caractéristiques du greffon</b>	<b>Nombre de greffons</b>

**Indication de la greffe**

**RECEVEUR**

**Nom :**

**Nom de Jeune Fille :** *(coller une étiquette patient)*

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Demande de mise en sérothèque du sang du receveur du Tissu  oui  non

**Confirmation de la disponibilité du greffon à la Banque de tissus :** oui  non

**Si non :** demande d'importation en cours

Livraison prévue le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ vers \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Lieu de livraison : \_\_\_\_\_