FICHE DE POSE

Date d'implantation :

IDENTIFICATION DU GREFFON		
Code du Greffon : **Référence du greffon :** **Date de péremption :**	Ou :	*Coller ici l'étiquette du greffon implanté*

IDENTIFICATION DU RECEVEUR		
Nom : **Prénom :** **Sexe :** ○ homme ● femme **Date de Naissance :**	Ou :	*Coller ici l'étiquette du patient*

Lieu implantation		
		Tampon de l'établissement :
NOM Chirurgien greffeur : **Nom de l'établissement :**	**ET**	

Tous les champs sont à compléter. Merci.

A adresser à TBF
Fax : +33(0)4 72 68 69 10
orthorachis@tbf-lab.com