

# FICHE DE TRACABILITE DU TRANSPORT D'UN CONTENEUR

ganglions - rate  
  rein droit  
  rein gauche  
  autre (préciser) : .....

<b>N° CRISTAL Donneur :</b> ..... .....	<b>N° du scellé</b> ..... .....
<b>Changement de scellé :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui pourquoi : ..... Nouveau N° scellé : .....	

A REMPLIR PAR L'EXPEDITEUR :	A REMPLIR PAR LE DESTINATAIRE :
- hôpital : (tampon ou adresse) .....  - service : bloc opératoire : <input type="checkbox"/> ..... - Autre : <input type="checkbox"/> Lequel ? ..... - nom responsable de l'envoi : ..... - <b>numéro du fax de l'expéditeur *</b> ..... - date : ..... - heure de l'appel du transporteur : ..... - heure de départ du transporteur : .....  signature : .....	- hôpital : ..... - laboratoire : ..... - service : ..... - adresse : ..... ..... - date : .....      heure de réception : ..... - nom du réceptionnaire : ..... - fonction : ..... - contrôle à réception : <b>noter les anomalies</b> <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> non conforme au guide du conditionnement  signature : .....

Fiche de traçabilité validée le 03.10.07

**\* Dès réception, compléter la fiche et faxer cette dernière au numéro de fax expéditeur indiqué sur la partie gauche**

**NB :** cette fiche doit être conservée dans le dossier de la coordination hospitalière du lieu de prélèvement. Elle ne se substitue pas au bon du transport, de commande ou de livraison déjà existant et destiné à la facturation du transport.