

[illegible]

VOLET RETOUR

Partie à compléter par l'établissement de santé à la réexpédition

Application de la procédure appropriée conformément à la circulaire DGS/R13/2011/449 du 1/12/2011 :

Le patient est-il atteint d'EST ou considéré comme à risque ? ☐ OUI ☐ NON

L'acte / tissu sont-ils à risque vis-à-vis des ATNC? ☐ OUI ☐ NON

Traitement effectué : Nettoyage / Désinfection ☐ OUI ☐ NON

Traitement effectué : Autoclavage (134°C – 18 min) ☐ OUI ☐ NON

Certificat joint ☐ OUI ☐ NON

Expédié par

Fonction

Date de retour

Conforme au bon de prêt

☐ OUI ☐ NON

Visa et cachet

Commentaires