

VOLET ALLER			
Coordonnées de livraison			
Date de livraison		Contact	
TRAITEMENTS APPLIQUES			
Traitements réalisés par l'établissement de santé précédent (application de la procédure appropriée conformément à la circulaire DGS/R13/2011/449 du 1/12/2011) :			
☐ OUI :		☐ Nettoyage et désinfection ☐ Stérilisation 134° 18min ☐ Equipement NEUF (non stérile)	
BON DE PRET			
Référence	Qté	SN /LOT	Description
Partie à compléter par l'établissement de santé à réception			
Réceptionné par		Visa et cachet	
Fonction			
Date de réception			
Conformité des produits	☐ OUI ☐ NON		
Si non			

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