

DESTRUCTION DES PS05

(Selon la convention d'approvisionnement des dépôts
de produits sanguins labiles en concentrés érythrocytaires (PS05 B et
AB)

A FAXER AU 27.55.40.71

Etablissement :

Envoyé au dépt. Distribution
par (nom/prénom) :

Mois

Signature et cachet :

No unité	Date de livraison	Date de péremption	Elimination au laboratoire	Date / heure / paraphe

Réception du formulaire (à l'attention du CTS/CRL)

Pour le Département Distribution

Pour le Dépt. ADM

Date : / /

Date : / /

Trigramme / Signature :

Trigramme / Signature :

Lieu de conservation au CTS	Durée d'archivage totale	Procédure liée
DIS	1 an	DISSO003_LIVRAISONS.PS.MEDICAMENTS