

Document no :		Formulaire Matériel en prêt	
Version :	1.0		
Valable dès le :	12.19		
Page :	1 de 1		

RÉCEPTION DU MATÉRIEL

Fournisseur : _____

Type de matériel et référence : _____

Date pour la livraison du matériel stérile : _____

Date de l'intervention : _____

Intervention réalisée par Dr. : _____

DATE	SIGNATURE DE L'INSTRUMENTISTE

RETOUR MATÉRIEL

Date de retour souhaitée : _____

Traitement souhaité (merci de cocher votre désir)

- Lavage + Désinfection
- Stérilisation 134°C, 18 min.
- Autre : _____

ADRESSE POUR LE RETOUR

- Enveloppe affranchie
- Adresse annexée
- Adresse de retour : _____

DATE	SIGNATURE DE L'INSTRUMENTISTE

Responsable de la procédure

Nom	Département	Domaine d'application
Nicolas Krischer	Direction	SteriLease SA