

 Banca delle Cornee	ASO S. Giovanni Battista – Torino Banca delle Cornee della Regione Piemonte	MOD18
	VERBALE DI PRELIEVO E TRASPORTO DI TESSUTO PARATIROIDEO	Revisione 0 07-01-2008

Data e ora del prelievo	Struttura sanitaria sede di prelievo	Reparto / Sala Operatoria

DATI RELATIVI AL DONATORE

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F data di nascita _____

DATI RELATIVI AL PRELIEVO

TIPO DI INTERVENTO: _____

Equipe operatoria: _____

TESSUTO PRELEVATO: _____

Campione di sangue EDTA (1 provetta 7 mL) SI NO

Campione di sangue per siero (2 provette secche) SI NO

CHIRURGO RESPONSABILE DELLE OPERAZIONI DI PRELIEVO

Cognome _____ Nome _____

Firma _____

RESPONSABILE DELLE OPERAZIONI DI CONFEZIONAMENTO

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Firma _____

DATI RELATIVI AL TRASPORTO

Inviato alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____, vettore sig. _____

firma _____

Arrivato alla Banca delle Cornee in data _____ alle ore _____, ritirato da _____

firma _____

Risultati da inviare **in accompagnamento al tessuto paratiroideo** alla:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
 C. Bramante 88 - 10126
 tel. 011 633 6519 - fax 011 633 4363