

 Banca delle Cornee	ASO S. Giovanni Battista – Torino Banca delle Cornee della Regione Piemonte	MOD21
	RICHIESTA DI TESSUTO PARATIROIDEO PER TRAPIANTO AUTOLOGO	

Struttura sanitaria sede di innesto	Reparto / Sala Operatoria

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
 Sesso M F data di nascita _____

DATI RELATIVI ALL'INNESTO

TIPO DI INTERVENTO: _____

Equipe operatoria: _____

DATA E ORA PREVISTA INNESTO _____

DATA E ORA INVIO SIERO DEL PAZIENTE _____

DATA E ORA DISPONIBILITÀ TESSUTO IN SALA OPERATORIA _____

CHIRURGO RESPONSABILE DELLA RICHIESTA E DELLE OPERAZIONI DI INNESTO

Cognome _____ Nome _____

Firma _____

DATI RELATIVI AL TRASPORTO

Inviato alla Struttura di Innesto in data _____ alle ore _____, vettore sig. _____

firma _____

Arrivato alla Struttura di Innesto in data _____ alle ore _____, ritirato da _____

firma _____

Da inviare alla:

Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
 Via fax al n. 011 633 4363 – almeno 7 giorni prima della data prevista di innesto