



Banca
delle
Cornee

ASO S. Giovanni Battista – Torino
Banca delle Cornee della Regione Piemonte
**COMUNICAZIONE TRAPIANTO TESSUTO
PARATIROIDEO AUTOLOGO**

MOD22

Revisione 0
05-08-2009

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 INNESTO _____

CHIRURGO RESPONSABILE DELLA RICHIESTA E DELLE OPERAZIONI DI INNESTO

Cognome _____ Nome _____

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