



Da compilare a cura del personale della ST ed inviare **entro 24 ore** a:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte – SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio
 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Via Genova 3 – 10126 Torino
 Tel. 011.6336519 - **Fax 011.6334363** – 335 1328330

**Il presente accompagna la cornea dalla Banca delle Cornee alla Struttura di Trapianto.
 Copia del presente va conservata in sede di Struttura di Trapianto e in Banca delle Cornee.**

TESSUTO OCULARE:

INVIO

Da compilarsi a cura di Banca Cornee

Inviato a: Ospedale/Casa di cura:

In data: alle ore: A mezzo azienda:

Conducente Sig.: Firma conducente:

Da compilarsi a cura della Struttura Trapianto

Data di arrivo: ora di arrivo:

Ritirato da: Firma del destinatario:

Da compilarsi a cura del trapiantatore

TRAPIANTO

Cognome e Nome Ricevente:

Data di nascita: Data Trapianto: Trapiantato OD OS

QUALITÀ DEL TESSUTO OCULARE

1. Condizioni di conservazione:

buone

non buone, motivo:

2. Conferma di idoneità al trapianto: SI NO, motivo:

GENERALITÀ DEL MEDICO TRAPIANTATORE

Cognome e Nome Qualifica

Struttura sanitaria di appartenenza

Data:

Firma: