

DA INVIARE IMMEDIATAMENTE A:

- CRT Servizio di Immunologia dei Trapianti – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino **Fax 011.6336529**
- Banca delle Cornee della Regione Piemonte – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino Tel. 011.6336519 - **Fax 011.6334363**
- **AVVISARE IMMEDIATAMENTE** il mobile **335 7168995**



STRUTTURA DI TRAPIANTO:
(Ospedale/casa di cura)

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome Sesso M F
Data di nascita

DATI RELATIVI AL TESSUTO OCULARE

Codice: Scadenza:

DATI CLINICI

Data trapianto Trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

Intervento di:

PKP PKF PKT DALK ALK DS-AEK DS-AEK UT DMEK
 DS-AEK pre-cut DMEK pre-cut Sclera

Pregressi trapianti di tessuti oculari: su OD: n° su OS: n°

Pregressi trapianti di altri organi o tessuti SI NO

Data della visita

Evento avverso:
.....
.....
.....

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE COMUNICA L'EVENTO AVVERSO

Cognome e Nome Qualifica

Reparto

Data:

Firma:.....