

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	VERBALE DI PRELIEVO TESSUTI VASCOLARI	MODU.BVVC.D001. 07.01	Rev. 0
	Modulo	30/11/2020	Pagina 1 di 1

DONATORE CUORE BATTENTE CUORE FERMO

Cognome Nome

Sesso M F Data di Nascita / / Data del decesso / /

Causa del decesso

- Traumatica Cerebro-vascolare Cardio-vascolare Asfissia/Anossia
 Neoplastica Metabolica Infettiva Altro

DATI PRELIEVO

Data prelievo / / ora :

Ospedale Sede Prelievo

Vasi prelevati:

- Carrefour Aorta Toracica Aorta Addominale
 Arterie Iliache Vene Femorali Vene Safene
 Vene Porta Vena Cava Altro

Equipe di Prelievo	Cognome nome	Ospedale appartenenza
Responsabile del Prelievo		
Medico prelevatore		
Medico prelevatore		

Si segnala inoltre che:

- non sono state rilevate reazioni (*se donatore vivente*) o eventi avversi durante il prelievo
 sono state rilevate le seguenti reazioni/eventi avversi:

VERIFICA CONFEZIONAMENTO (da compilarsi a cura del responsabile prelievo)

Liquido di trasporto FISIOLOGICA ALTRO Lotto Scad. / /

Presenza etichetta identità donatore su sacchetto più esterno SI NO

Contenitore esterno Etichettato SI NO Presenza di ghiaccio SI NO

CONFEZIONAMENTO IDONEO NON IDONEO, specificare

Telefono / **Firma Responsabile Prelievo**

Spazio riservato alla Banca

Si riceve il tessuto in data / / Ore :

Firma Operatore