

SEGNALAZIONE DI REAZIONE/EVENTO AVVERSO

AL RESPONSABILE MEDICO
BANCA DEI TESSUTI MUSCOLO-SCHELETRICI
TORINO

Il sottoscritto Dr. _____

Operante presso la seguente Struttura Sanitaria:

Ospedale/Casa di Cura _____ Reparto _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico/fax per comunicazioni urgenti _____

Segnala di aver rilevato il seguente evento o reazione avversa:

Rilevata nel seguente modo:

in data _____ a carico del paziente _____

sottoposto a impianto di tessuto muscolo-scheletrico in data _____

tipologia del tessuto impiantato _____

codice identificativo _____

Note: _____

Si allega copia della documentazione clinica in merito

Data _____

Firma _____

BANCA DEI TESSUTI MUSCOLO –SCHELETRICI REGIONE PIEMONTE

Tel. 011/6933721 Fax 011/6933722 avis@cto.to.it
Azienda Sanitaria Ospedaliera C.T.O.- C.R.F.-M.ADELAIDE
Via Zuretti 29- Torino



Azienda Ospedaliera
CTO, CRF, ICORMA