

 <b>SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio</b>	<b>RICHIESTA DI TESSUTO CORNEO-SCLERALE</b>	MODU.BOPC.D001.00.03	Rev.1
	<b>Modulo</b>	21/12/2020	<b>Pagina 1 di 1</b>

**Contattare la Banca telefonicamente e inviare in forma criptata alla e-mail:**  
[bcorneepiemonte@immunogenetica.net](mailto:bcorneepiemonte@immunogenetica.net) **con un preavviso di almeno 72 ore**  
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte – SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio  
 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino  
 Responsabile attività Dr.ssa Piera Santoro: Tel. 011.6336519 Fax 011.6334363

**Con la presente si richiede un tessuto corneo-sclerale conservato in etanolo 70°  
 da utilizzarsi per chirurgia di rinforzo e ricostruttiva.**

### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome ..... Sesso  M  F  
 Luogo di nascita..... (.....) Data di nascita .....  
 C.F.....Indirizzo di residenza: .....  
 Città: ..... Prov: ..... Recapito telefonico: .....

### DATI CLINICI

Iscrizione per:  OD  OS      Pregressi trapianti di tessuti oculari:      OD: n°..... OS: n°.....

#### Intervento:

ordinario       urgente (perforazione in atto) **necessario contatto telefonico ai numeri in intestazione**  
 patch sclerale ( $\geq 3$  mm)       tessuto sclerale intero

#### Patologia:

Degenerazione sclerale       Neoplasia       Distacco di Retina       Glaucoma  
 Altro (precisare): .....

#### Sclera per intervento:

Plastica sclerale       Rifacimento cavità orbitaria  
 Impianto valvola       Altro (precisare): .....

### GENERALITÀ DEL MEDICO OCULISTA CHE RICHIEDE IL TESSUTO

Cognome e Nome.....Qualifica .....  
 Data della visita.....Struttura di Trapianto.....

**Firma:**.....