

	RICHIESTA DI TESSUTO TEGUMENTARIO ALLOPLASTICO	Allegato 1 SOP-BC-PT-13 Rev.02 In vigore da 29 Aprile 2022 Valida fino a 29 Aprile 2027
---	---	--

COPIA
29 APR 2022

Ospedale richiedente _____

Struttura richiedente _____ Codice _____ Centro di costo _____

Medico richiedente _____

Cognome del ricevente _____

Nome del ricevente _____

Età _____ Sesso M F

Patologia: Ustione % Ulcera Scuoiamento _____

Impiego: Temporaneo Alexander Cuono

Tipo di lembi richiesti cute glicerolata cute crioconservata derma decellularizzato
 cute disepitelizzata

Lembi meshati Si No

Quantità richiesta in cm² _____

Data prevista per la consegna _____ Ora prevista per la consegna _____

Luogo della consegna _____

Area anatomica di trapianto					
Estr. cefalica		Coscia sx posteriore		Braccio sx	
Torace anteriore		Coscia sx anteriore		Avambraccio dx	
Addome		Gamba dx		Avambraccio sx	
Dorso		Gamba sx		Mano dx	
Glutei		Piede dx		Mano sx	
Coscia dx posteriore		Piede sx			
Coscia dx anteriore		Braccio dx			

Data	Cognome e nome del medico richiedente	Firma

Data	Il Direttore Sanitario (solo per richieste da altri Ospedali)	Firma

Data	Cognome e nome operatore qualificato BC	Firma

Handwritten signature