



Da compilare a cura del personale della ST ed inviare **entro 24 ore** a:
 Banca delle Cornee della Regione Piemonte – SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio
 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Via Genova 3 – 10126 Torino
 Tel. 011.6336519 - **Fax 011.6334363** – 335 1328330

STRUTTURA DI TRAPIANTO:
 (Ospedale/casa di cura)

TESSUTO OCULARE UTILIZZATO? SI NO*

*Causa di mancato utilizzo:

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome Sesso M F

Data di nascita

Data trapianto Trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

INTERVENTO

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

Eventuali interventi associati? NO SI*

*Specificare:

DATI RELATIVI AL TESSUTO OCULARE

Codice:

Scadenza:

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO IL TRAPIANTO

Cognome e Nome Qualifica

Struttura sanitaria di appartenenza

Data:

Firma:.....