

 <b>SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio</b>	<b>RICHIESTA DI SEGMENTO MUSCOLO-SCHELETRICO</b>	MODU.BTMC.D001. 05.01	Rev. 3
	Modulo	17/01/2023	Pagina 1 di 1

**Contattare telefonicamente la Banca e inviare in forma criptata alla e-mail:**  
[btm piemonte@immunogenetica.net](mailto:btm piemonte@immunogenetica.net) **con un preavviso di almeno 48 ore**  
 Banca dei Tessuti Muscolo-scheletrici – SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio  
 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino  
 Responsabile attività Dr.ssa Elisa Camusso: Tel. 011.6933721

Si richiedono per il giorno ..... ora..... numero ..... di:

<b>EPIFISI FEMORALI</b>	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Piccola
<b>LIOFILIZZATO</b>	<input type="checkbox"/> cubetti di spongiosa	<input type="checkbox"/> cuneo cm.....	
	<input type="checkbox"/> chips 2 ml	<input type="checkbox"/> chips 5 ml	<input type="checkbox"/> chips 10 ml
	<input type="checkbox"/> chips 15 ml	<input type="checkbox"/> chips 20 ml	<input type="checkbox"/> chips 30 ml
	<input type="checkbox"/> stecche	<input type="checkbox"/> microstecche	
<b>MORCELLIZZATO</b>	<input type="checkbox"/> chips 10 gr	<input type="checkbox"/> chips 20 gr	
<b>TESSUTO AUTOLOGO SEGMENTO</b>	.....		
<b>ALTRO</b>	.....		
<input type="checkbox"/> <b>Per deposito</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Per il/la paziente</b>			

Cognome ..... Nome .....  F  M

Nato/a il..... a ..... CF.....

Residente a.....via/corso.....Tel.....

Candidato/a ad intervento chirurgico di.....

il giorno ..... presso il reparto .....

dell'Ospedale/Casa di Cura.....

Via.....CAP.....Città.....Prov.....

NUMERO DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA':

L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.....

Azienda Ospedaliera.....

Tel. ....Provincia ..... Regione.....

Il trasporto verrà effettuato da.....

Data ...../...../.....

Il Medico richiedente

.....  
(Firma e timbro)

**N.B Verranno evase esclusivamente le richieste interamente compilate**