

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	FOLLOW UP AD UN MESE	MODU.BMAC.D001 03.04	Rev.2
	Modulo	04/09/2023	Pagina 1 di 1



Da compilare ed inviare via e-mail a:

bmapiemonte@immunogenetica.net

Banca delle Membrane Amniotiche – SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio
 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
 Referente Dr.ssa Annalisa Sava: Tel. 011.3135030

NUMERO IDENTIFICATIVO MEMBRANA AMNIOTICA

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome Sesso M F

Luogo e data di nascita

Tipo di Chirurgia:	Sede di innesto:
Oculistica	Occhio innestato: <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> 1° innesto <input type="checkbox"/> reinnesto
Plastica	
Orale	
Altro	

Data dell'innesto

1) La Membrana Amniotica è presente? SI NO

2) Il risultato desiderato è stato ottenuto? SI NO

Note

.....

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE COMPILA

Cognome..... Nome

Qualifica Tel.

Data

Firma:.....