

Compilare entro 48 ore dall'intervento 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



Banca
delle Membrane
Amniotiche

DATI RELATIVI ALLA MEMBRANA AMNIOTICA

Numero identificativo

Valutazione

Membrana amniotica idonea a trapianto? SI NO (specificare).....

MEMBRANA UTILIZZATA? SI NO

MOTIVO DI NON UTILIZZO

.....
.....

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome Sesso M F

Luogo e data di nascita

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

Data Trapianto:

GENERALITÀ DEL MEDICO

Cognome..... Nome

Qualifica Tel.

Presso l'Ospedale/Casa di Cura

Data

Firma:

DA COMPILARSI A CURA DELLA BANCA DELLE MEMBRANE AMNIOTICHE IN CASO DI REINVIO

Membrana Amniotica riaccettata in Banca ilOra

Firma.....