

 <b>SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio</b>	<b>VERBALE DI PRELIEVO TMS DA DONATORE VIVENTE</b>	MODU.BTMC.D001. 02.01	Rev. 1
	Modulo	16/10/2023	Pagina 1 di 1

DATI DONATORE			
Cognome e nome del donatore			Sesso
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita		
Ospedale/Reparto		Data prelievo	Ora

IDENTIFICAZIONE DEL DONATORE	
Cognome e nome dell'operatore che ha identificato il donatore	Firma

TESSUTO OMOLOGO
<p>Tessuto idoneo all'invio in BTM:</p> <p><input type="checkbox"/> NO, specificare il motivo: .....</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PRELEVATA EPIFISI FEMORALE:    <input type="checkbox"/> Dx    <input type="checkbox"/> Sn</li> <li>- ACCESSO:    <input type="checkbox"/> anteriore    <input type="checkbox"/> postero-laterale</li> <li>- DIAMETRO (in base al diametro del cotile):             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> piccola (cotile minore di 48 mm)</li> <li><input type="checkbox"/> media (cotile da 50 mm a 54 mm)</li> <li><input type="checkbox"/> grande (cotile da 56 mm ed oltre)</li> </ul> </li> </ul>

TESSUTO AUTOLOGO
<p><input type="checkbox"/> OPERCOLO CRANICO</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) .....</p>

CHIRURGO CHE HA ESEGUITO IL PRELIEVO	
Cognome e nome	Firma

STRUMENTISTA CHE HA CONFEZIONATO IL PRELIEVO	
Cognome e nome	Firma