

 SSD Banche Tessuti e Bioconservatorio	RICHIESTA DI SEGMENTO MUSCOLO-SCHELETRICO	MODU.BTMC.D001. 05.01	Rev. 4
	Modulo	16/10/2023	Pagina 1 di 1



Contattare telefonicamente la Banca e inviare in forma criptata alla e-mail:
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:

EPIFISI FEMORALI	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Piccola
LIOFILIZZATO	<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	
MORCELLIZZATO	<input type="checkbox"/> chips 10 gr	<input type="checkbox"/> chips 20 gr	
TESSUTO AUTOLOGO SEGMENTO		
ALTRO		

- Per deposito**
 Per il/la paziente

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.....
 L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.....
 Azienda Ospedaliera.....
 Tel. Provincia Regione.....
 Il trasporto verrà effettuato da.....
 Data/...../.....

Telefono di riferimento per eventuali comunicazioni da parte di BTM

Il Medico richiedente

.....
(Firma e timbro)