



### 1. DADES DE L'HOSPITAL O CENTRE SOL·LICITANT

Dr./Dra. sol·licitant (nom i cognoms)

Servei  **Centre implantador**

Adreça

CP  Població

Telèfon  Correu-e

Adreça d'entrega

CP  Població

**Centre facturació**

Telèfon  Correu-e

CIF  Persona de contacte

Núm. Assegurat/Pòlissa

**Autorització**  Núm. Comanda/Ordre de compra

### 2. DADES DEL RECEPTOR

Nom i cognoms  **Núm. HC**

Edat  Consentiment informat  Sí  No

Sol·licitud urgent  Sí  No Motiu

### 3. INTERVENCIÓ

Data  Hora  Lloc/Quiròfan

### 4. INDICACIÓ DE L'IMPLANT

Resecció conjuntival  Procés inflamatori  Altres motius (especificar)

Ulceració corneal  Defecte epitelial

### 5. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

**BT7013** Membrana amniòtica congelada (2,5 cm)  **BT7025** Membrana amniòtica liofilitzada (2,5 cm)

**BT7014** Membrana amniòtica congelada (4,5 cm)  **BT7026** Membrana amniòtica liofilitzada (4,5 cm)

Segons les recomanacions de la Comissió Assessora de Trasplantament de Còrnia del Servei Català de la Salut, DOGC núm 2337.

1. Declaro que conec i compleixo totes les disposicions del RD Llei 9/2014 relacionades amb la utilització de teixits humans per a un trasplantament.
2. Accepto el compromís de facilitar informació al banc emissor del teixit sobre les incidències relacionades amb el trasplantament i la seva evolució.

Núm. de Col·legiat del Metge trasplantador

Data

Signatura

El cost del transport l'haurà d'assumir sempre el sol·licitant.

