



1. DATOS DEL HOSPITAL O CENTRO SOLICITANTE

Dr./Dra. solicitante (nombre y apellidos)

Servicio **Centro implantador**

Dirección

CP Población

Teléfono E-mail

Dirección de entrega

CP Población

Centro facturación

Teléfono E-mail

CIF Persona de contacto

Núm. Asegurado/Póliza

Autorización Núm. Pedido/Orden compra

2. DATOS DEL RECEPTOR

Nombre y apellidos **Núm. HC**

Edad Consentimiento informado Sí No

Solicitud urgente Sí No Motivo

3. INTERVENCIÓN

Fecha Hora Lugar/Quirófano

4. INDICACIÓN DEL IMPLANTE

Resección conjuntival Proceso inflamatorio Otros motivos (especificar)

Ulceración corneal Defecto epitelial

5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

BT7013 Membrana amniótica congelada (2,5 cm) **BT7025** Membrana amniótica liofilizada (2,5 cm)

BT7014 Membrana amniótica congelada (4,5 cm) **BT7026** Membrana amniótica liofilizada (4,5 cm)

Según las recomendaciones de la Comisión Asesora de Trasplante de Córnea del Servei Català de la Salut, DOGC núm 2337.

1. Declaro tener conocimiento y cumplir todas las disposiciones del RD Ley 9/2014 relacionadas con la utilización de tejidos humanos para trasplante.
2. Acepto el compromiso de aportar información al banco emisor del tejido sobre las incidencias relacionadas con el trasplante y su evolución.

Núm. de Colegiado del Médico trasplantador

Firma

Fecha

El coste del transporte deberá asumirlo siempre el solicitante.

