



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

Es tracta d'un retrasplantament? Sí No Sol·licitud urgent Sí No

3. INTERVENCIÓ

Data Hora Lloc/Quiròfan

4. INDICACIÓ DEL TRASPLANTAMENT

<input type="checkbox"/> Edema corneal <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Postcirurgia de cataractes<input type="checkbox"/> Postcirurgia d'un altre tipus (especificar) <input type="text"/><input type="checkbox"/> Edema no postquirúrgic	<input type="checkbox"/> Infeccions microbianes (bacteris, protozous, clamídies i espiroquetes) Observacions: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Distròfies corneals <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Endotelials<input type="checkbox"/> Estromàtiques<input type="checkbox"/> Ectàstiques	<input type="checkbox"/> Queratitis ulcerativa no infecciosa
<input type="checkbox"/> Opacificacions congènites	<input type="checkbox"/> Degeneracions corneals
<input type="checkbox"/> Infeccions víriques	<input type="checkbox"/> Traumes. Corrosions per càustics
	<input type="checkbox"/> Retrasplantament per rebuig immunològic
	<input type="checkbox"/> Retrasplantament per altres motius (especificar) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Alteració secundària a cirurgia refractiva
	<input type="checkbox"/> Altres motius (especificar) <input type="text"/>

5. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

- BT7034 / BT7003** Còrnia sencera, cal especificar:
- Criteri penetrant
 - Criteri DALK
 - Criteri DSAEK
 - Criteri DMEK
- BT7028** Còrnia transplantament limbar
- BT7005 / BT7023 / BT7029** Còrnia tectònica
- Còrnia pre-tallada**
- BT7035 / BT7024** DALK / SALK micres
 - BT7020 / BT7036** DSAEK
 - BT7019 / BT7027** DMEK

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. A més a més, declaro que abans del trasplantament s'haurà practicat al receptor previst del trasplantament de còrnia la determinació de serologia per a VIH, segons l'ordre del Ministeri de Sanitat i Consum del 24 de juny de 1987 (BOE de 14 de juliol de 1987).
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.