



Remitir por e-mail a bt@bst.cat

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 contacte

Núm. Asegurado/Póliza

Autorización Núm. Pedido/Orden compra

2. DATOS DEL RECEPTOR

Nombre y apellidos **Núm. HC**

Edad Consentimiento informado Sí No

¿Se trata de un retrasplante? Sí No Solicitud urgente Sí No

3. INTERVENCIÓN

Fecha Hora Lugar/Quirófano

4. INDICACIÓN DEL TRASPLANTE

<input type="checkbox"/> Edema corneal	<input type="checkbox"/> Infecciones microbianas (bacterias, protozoos, clamidias y espiroquetas) Observaciones: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Postcirugía de cataratas	<input type="checkbox"/> Queratitis ulcerativa no infecciosa
<input type="checkbox"/> Postcirugía de otro tipo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Degeneraciones corneales
<input type="checkbox"/> Edema no postquirúrgico	<input type="checkbox"/> Traumas. Corrosiones por cáusticos
<input type="checkbox"/> Distrofias corneales	<input type="checkbox"/> Retrasplante por rechazo inmunológico
<input type="checkbox"/> Endoteliales	<input type="checkbox"/> Retrasplante por otros motivos (especificar) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estromales	<input type="checkbox"/> Alteración secundaria a cirugía refractiva
<input type="checkbox"/> Ectásticas	<input type="checkbox"/> Otros motivos (especificar) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Opacificaciones congénitas	
<input type="checkbox"/> Infecciones víricas	

continúa en la página siguiente >

5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

BT7034 / BT7003 Córnea entera, es necesario especificar

- Criterio penetrante
- Criterio DALK
- Criterio DSAEK
- Criterio DMEK

BT7028 Córnea trasplante limbar

BT7005 / BT7023 / BT7029 Córnea tectónica

Córnea pre-cortada

BT7035 / BT7024 DALK / SALK micras

BT7020 / BT7036 DSAEK

BT7019 / BT7027 DMEK

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. Así mismo, declaro que antes del trasplante, se habrá realizado la determinación de serología para VIH al receptor para el cual está previsto el trasplante de córnea, según la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 24 de junio de 1987 (BOE 14 de julio de 1987).
- 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

Fecha

Firma

El coste del transporte deberá asumirlo siempre el solicitante.