Barcelona Tissue Bank
Banc de Sang i Teixits

SOLICITUD DE **TEJIDO ESCLERAL PARA TRASPLANTE**

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 contacto

Núm. Asegurado/Póliza

Autorización Núm. Pedido/Orden compra

2. DATOS DEL RECEPTOR

Nombre y apellidos **Núm. HC**

Edad Solicitud urgente ☐ Sí ☐ No

Motivo

3. INTERVENCIÓN

Fecha Hora Lugar/Quirófano

4. INDICACIÓN DEL IMPLANTE

☐ Resección escleral ☐ Proceso inflamatorio ☐ Otros motivos (especificar)

☐ Ulceración escleral ☐ Defecto epitelial

5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

☐ **BT7008** Esclera entera ☐ **BT7009** Hemiesclera ☐ **BT7010** Cuarto de esclera

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.

R-SB-101 / Versió 1 (ES)

Salut/ Banc de Sang i Teixits

Banc de Sang i Teixits
Passeig Taulat, 116
08005 Barcelona (España)
t (+34) 93 557 36 20
NIF Q 5856387 E

bancsang.net