



### 1. DATOS DEL HOSPITAL O DEL 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 **Teléfono**

### 3. INDICACIÓN PARA EL USO DEL EXMA

Úlcera corneal  Ojo seco (etiología)

Queratitis no infecciosa  Otros (especificar)

Coadyuvante en cirugía (o post-cirugía)

Insuficiencia límbica

### 4. TIPO DE TRATAMIENTO

Se considera:

**Uso bajo:** 1-2 aplicaciones/día

**Uso medio:** 3-4 aplicaciones/día

**Uso intensivo:** 5-7 aplicaciones/día

Posología (especificar)

Por favor, marque la casilla con el tipo de tratamiento:

	Uso Bajo	Uso Medio	Uso Intensivo
<b>Unilateral</b>	<input type="checkbox"/> 2 viales/mes	<input type="checkbox"/> 2 viales/mes	<input type="checkbox"/> 3 viales/mes
<b>Bilateral</b>	<input type="checkbox"/> 2 viales/mes	<input type="checkbox"/> 3 viales/mes	<input type="checkbox"/> 6 viales/mes

## 5. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Por favor, marque el número de meses solicitados

1 mes       3 meses       6 meses       1 año (crónico)

La solicitud tendrá una vigencia máxima de un año.

En caso de ser necesaria alguna característica especial, por favor, indíquela:

## 6. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

Atendiendo al tipo de tratamiento y a la duración del mismo, el número de viales solicitados es:

(recuerde que 1 vial de extracto tiene una caducidad de 15 días una vez reconstituido y que el tratamiento mínimo es de 1 mes)

**BT7018** Extracto de membrana amniótica

2 viales       4 viales       9 viales       18 viales

3 viales       6 viales       12 viales       Otros (especificar)

Fecha de entrega

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 solicitante

Fecha

Firma

El coste del transporte deberá asumirlo siempre el solicitante.