



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

Diagnóstico

3. INTERVENCIÓN

Fecha Hora Lugar/Quirófano

4. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

BT5001 Piel plana criopreservada (cm) **BT5003** Piel plana glicerolizada (cm)

BT5002 Piel plana hipotermia o fresca (cm) **BT5004** Piel mallada glicerolizada (cm)

Superficie en cm² Unidades

En caso de ser necesaria alguna característica especial, como el grosor, indíquelo

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.

