



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 VALVULAR

Válvulas

- BT7022** Válvula aórtica
- BT4023** Válvula pulmonar
- BT4024** Válvula mitral

Características específicas valvulares

Diámetro valvular

Longitud

Cayado aórtico Sí No

Bifurcación pulmonar Sí No

Otras

Le mostramos la disponibilidad de tejido valvular del Banco de Tejidos y le informamos que nos encargaremos de seleccionar el producto que mejor se adapte a sus necesidades.

5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO VASCULAR

Arterias

- BT4030** Arteria pulmonar
- BT4037** Hemiarteria pulmonar derecha
- BT4037** Hemiarteria pulmonar izquierda

Segmentos vasculares

- BT4031** Aorta ascendente arco completo
- BT4025** Aorta torácica 8-20 cm
- BT4027** Bifurcación aorto-ilíaca corta < 40 cm
- BT4033** Bifurcación aorto-ilíaca femoral > 40 cm
- BT4028** Arteria ilíaca < 40 cm
- BT4034** Arteria ilíaca femoral > 40 cm
- BT4039** Arterias ilíacas (2u) < 40 cm
- BT4038** Arterias ilíacas femorales (2u) > 40 cm
- BT4029** Arteria femoral < 40 cm
- BT4035** Arteria femoral > 40 cm
- BT4042** Arterias femorales < 40 cm
- BT4041** Arterias femorales > 40 cm

Características específicas vasculares

Tubo recto

Bifurcado

Diámetro aproximado Proximal Distal

Longitud

Otras

Le mostramos la disponibilidad de tejido vascular del Banco de Tejidos y le informamos que nos encargaremos de seleccionar el producto que mejor se adapte a sus necesidades.

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

Fecha

Firma

El coste del transporte deberá asumirlo siempre el solicitante.