



Remitir por e-mail a bt@bst.cat

1. DATOS DEL HOSPITAL O CENTRO SOLICITANTE

Dr./Dra. solicitante (nombre y apellidos)

Servicio/Hospital

Dr./Dra responsable cirugía

Dirección

Teléfono

Fax

Fecha intervención

Observaciones

2. DATOS DEL RECEPTOR

Nombre y apellidos *

Núm. HC *

Edad

Consentimiento informado Sí No

Observaciones

Diagnóstico *

* Campos obligatorios

3. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

BT5006 Matriz dérmica 2 x 1 cm 0,5-1,5 mm

BT5007 Matriz dérmica 3 x 3 cm 0,5-1,5 mm

BT5016 Matriz dérmica 10 x 5 cm 0,8-1,9 mm

BT5017 Matriz dérmica 10 x 5 cm 2,0-2,9 mm

BT5018 Matriz dérmica 10 x 5 cm > 3 mm

BT5020 Matriz dérmica 10 x 15 cm > 2 mm

BT5021 Matriz dérmica 20 x 15 cm > 2 mm

BT5022 Matriz dérmica 5 x 5 cm > 3 mm

BT5023 Matriz dérmica 5 x 5 cm 2,0-2,9 mm

* Cumplimiento de la norma de protección de datos según RD 1720/2007 de 21 de Diciembre.

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.