



Remitir por e-mail a **bt@bst.cat**

1. DATOS DEL HOSPITAL O CENTRO SOLICITANTE

Centro implantador

Dr./Dra. solicitante (nombre y apellidos) Servicio

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 CIP/DNI Consentimiento informado ☐ Sí ☐ No

Solicitud urgente ☐ Sí ☐ No Motivo

3. INTERVENCIÓN

Fecha Hora Lugar/Quirófano

4. INDICACIÓN DEL IMPLANTE

☐ Resección conjuntival ☐ Proceso inflamatorio ☐ Otros motivos (especificar)
☐ Ulceración corneal ☐ Defecto epitelial

5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

☐ **BT7013** Membrana amniótica congelada (2,5 cm) ☐ **BT7025** Membrana amniótica liofilizada (2,5 cm)
☐ **BT7014** Membrana amniótica congelada (4,5 cm) ☐ **BT7026** Membrana amniótica liofilizada (4,5 cm)

Según las recomendaciones de la Comisión Asesora de Trasplante de Córnea del Servei Català de la Salut, DOGC núm 2337.

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.