



Banc de Teixits

BANC DE SANG I TEIXITS

SOL·LICITUD DE
**MEMBRANA AMNIÒTICA
PER A TRASPLANTAMENT**

Enviar per correu electrònic a bt@bst.cat

1. DADES DE L'HOSPITAL O CENTRE SOL·LICITANT

Centre implantador

Dr./Dra. sol·licitant (nom i cognoms)

Servei

Adreça

CP

Població

Telèfon

E-mail

Adreça d'entrega

CP

Població

Centre facturació

Telèfon

E-mail

CIF

Persona de contacte

Núm. Assegurat/Pòlissa

Autorització

Núm. Comanda/Ordre de compra

2. DADES DEL RECEPTOR

Nom i cognoms

Núm. HC

Edat

CIP/DNI

Consentiment informat Sí No

Sol·licitud urgent

Sí No

Motiu

3. INTERVENCIÓ

Data

Hora

Lloc/Quiròfan

4. INDICACIÓ DE L'IMPLANT

Resecció conjuntival

Procés inflamatori

Altres motius (especificar)

Ulceració corneal

Defecte epitelial

5. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

BT7013 Membrana amniòtica congelada (2,5 cm)

BT7025 Membrana amniòtica liofilitzada (2,5 cm)

BT7014 Membrana amniòtica congelada (4,5 cm)

BT7026 Membrana amniòtica liofilitzada (4,5 cm)

Segons les recomanacions de la Comissió Assessora de Trasplantament de Còrnia del Servei Català de la Salut, DOGC núm 2337.

1. Declaro que conec i compleixo totes les disposicions del RD Llei 9/2014 relacionades amb la utilització de teixits humans per a un trasplantament.

2. Accepto el compromís de facilitar informació al banc emissor del teixit sobre les incidències relacionades amb el trasplantament i la seva evolució.

Núm. de Col·legiat del Metge trasplantador

Signatura

Data

El cost del transport l'haurà d'assumir sempre el sol·licitant.