



Banc de Teixits

BANC DE SANG I TEIXITS

SOL·LICITUD DE  
**TEIXIT ESCLERAL**  
**PER A TRASPLANTAMENT**

Enviar per correu electrònic a [bt@bst.cat](mailto: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

Sol·licitud urgent

Sí

No

Motiu

### 3. INTERVENCIÓ

Data

Hora

Lloc/Quiròfan

### 4. INDICACIÓ DE L'IMPLANT

Resecció escleral

Procés inflamatori

Altres motius (especificar)

Ulceració escleral

Defecte epitelial

### 5. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

**BT7008** Esclera sencera

**BT7009** Hemiesclera

**BT7010** Quart d'esclera

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.