



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  Telèfon

Consentiment informat  Sí  No

## 3. INDICACIÓ D'ÚS DE L'EXMA

Úlcera corneal  Ull sec (etiologia)

Queratitis no infecciosa  Altres (especificar)

Coadjuvant en cirurgia (o post-cirurgia)

Insuficiència límbica

## 4. TIPUS DE TRACTAMENT

Es considera:  
**Ús baix:** 1-2 aplicacions/dia **Ús mig:** 3-4 aplicacions/dia **Ús intensiu:** 5-7 aplicacions/dia

Posologia (especificar)

Si us plau, marqui la casella amb el tipus de tractament:

	Ús baix	Ús mig	Ús intensiu
<b>Unilateral</b>	<input type="checkbox"/> 2 vials/mes	<input type="checkbox"/> 2 vials/mes	<input type="checkbox"/> 3 vials/mes
<b>Bilateral</b>	<input type="checkbox"/> 2 vials/mes	<input type="checkbox"/> 3 vials/mes	<input type="checkbox"/> 6 vials/mes

continua a la pàgina següent >

## 5. DURACIÓ DEL TRACTAMENT

Si us plau, marqui el número de mesos sol·licitats

1 mes       3 mesos       6 mesos       1 any (crònic)

La sol·licitud té una vigència màxima d'un any.

En cas de ser necessària alguna característica especial, si us plau, indiqueu-la:

## 6. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

Atès al tipus de tractament i a la duració del mateix, el número de vials sol·licitats és:

(recordi que 1 vial d'extracte té una caducitat de 15 dies una vegada reconstituït i que el tractament mínim és d'un mes)

**BT7018** Extracte de membrana amniòtica

2 vials

4 vials

9 vials

18 vials

3 vials

6 vials

12 vials

Altres (especificar)

Data entrega

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

Data

Signatura

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