



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

Diagnòstic

3. INTERVENCIÓ

Data Hora Lloc/Quiròfan

4. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

BT5001 Pell plana criopreservada (cm) **BT5003** Pell plana glicerolitzada (cm)

BT5002 Pell plana hipotèrmia o fresca (cm) **BT5004** Pell mallada glicerolitzada (cm)

Superfície en cm² Unitats

Si cal alguna característica especial, com ara el gruix, indicar-la aquí

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.