



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	
		Solicitud urgente	☐ Sí ☐ No
Diagnóstico			

3. INTERVENCIÓN

Fecha		Hora		Lugar/Quirófano	
-------	--	------	--	-----------------	--

4. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO VALVULAR

Válvulas

- ☐ **BT7022** Válvula aórtica
☐ **BT4023** Válvula pulmonar
☐ **BT4024** Válvula mitral

Características específicas valvulares

Diámetro valvular	
Longitud	
Cayado aórtico	☐ Sí ☐ No
Bifurcación pulmonar	☐ Sí ☐ No
Otras	

Le mostramos la disponibilidad de tejido valvular del Banco de Tejidos y le informamos que nos encargaremos de seleccionar el producto que mejor se adapte a sus necesidades.

5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO VASCULAR

Arterias

- ☐ **BT4030** Arteria pulmonar
- ☐ **BT4037** Hemiarteria pulmonar derecha
- ☐ **BT4037** Hemiarteria pulmonar izquierda

Segmentos vasculares

- | | |
|---|--|
| ☐ BT4031 Aorta ascendente arco completo | ☐ BT4039 Arterias ilíacas (2u) < 40 cm |
| ☐ BT4025 Aorta torácica 8-20 cm | ☐ BT4038 Arterias ilíacas femorales (2u) > 40 cm |
| ☐ BT4027 Bifurcación aorto-ilíaca corta < 40 cm | ☐ BT4029 Arteria femoral < 40 cm |
| ☐ BT4033 Bifurcación aorto-ilíaca femoral > 40 cm | ☐ BT4035 Arteria femoral > 40 cm |
| ☐ BT4028 Arteria ilíaca < 40 cm | ☐ BT4042 Arterias femorales (2u) < 40 cm |
| ☐ BT4034 Arteria ilíaca femoral > 40 cm | ☐ BT4041 Arterias femorales (2u) > 40 cm |

Características específicas vasculares

Tubo recto

Bifurcado

Diámetro aproximado Proximal Distal

Longitud

Otras

Le mostramos la disponibilidad de tejido vascular del Banco de Tejidos y le informamos que nos encargaremos de seleccionar el producto que mejor se adapte a sus necesidades.

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.