



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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BT5006 Matriu dèrmica 2 x 1 cm 0,5-1,5 mm | <input type="checkbox"/> BT5020 Matriu dèrmica 10 x 15 cm > 2 mm |
| <input type="checkbox"/> BT5007 Matriu dèrmica 3 x 3 cm 0,5-1,5 mm | <input type="checkbox"/> BT5021 Matriu dèrmica 20 x 15 cm > 2 mm |
| <input type="checkbox"/> BT5016 Matriu dèrmica 10 x 5 cm 0,8-1,9 mm | <input type="checkbox"/> BT5022 Matriu dèrmica 5 x 5 cm > 3 mm |
| <input type="checkbox"/> BT5017 Matriu dèrmica 10 x 5 cm 2,0-2,9 mm | <input type="checkbox"/> BT5023 Matriu dèrmica 5 x 5 cm 2,0-2,9 mm |
| <input type="checkbox"/> BT5018 Matriu dèrmica 10 x 5 cm > 3 mm | |

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.