



Remitir por e-mail a **bt@bst.cat**

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

- | | |
|--|---|
| ☐ BT5006 Matriz dérmica 2 x 1 cm 0,5-1,5 mm | ☐ BT5020 Matriz dérmica 10 x 15 cm > 2 mm |
| ☐ BT5007 Matriz dérmica 3 x 3 cm 0,5-1,5 mm | ☐ BT5021 Matriz dérmica 20 x 15 cm > 2 mm |
| ☐ BT5016 Matriz dérmica 10 x 5 cm 0,8-1,9 mm | ☐ BT5022 Matriz dérmica 5 x 5 cm > 3 mm |
| ☐ BT5017 Matriz dérmica 10 x 5 cm 2,0-2,9 mm | ☐ BT5023 Matriz dérmica 5 x 5 cm 2,0-2,9 mm |
| ☐ BT5018 Matriz dérmica 10 x 5 cm > 3 mm | |

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.