



Enviar 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

Diagnóstico

Altura

Peso

Sexo

CIP / DNI

3. CIRUGÍA

En el momento en el que se genere el tejido le informaremos sobre el periodo durante el cual se puede realizar la cirugía. **Cualquier cambio en su disponibilidad para la realización de la cirugía (debida al paciente o al hospital) debe ser informado a bt@bst.cat.**

4. TIPOS DE TEJIDO (Todos estos tejidos se generarán bajo demanda)

- | | |
|---|--|
| ☐ BT2300 Rótula fresco (33 °C) | ☐ BT2307 Tróclea femoral + menisco con meseta tibial fresco (33 °C)* |
| ☐ BT2301 Tróclea femoral fresco (33 °C)* | ☐ BT2308 Tibia distal fresco (33 °C) |
| ☐ BT2302 Rótula + tróclea femoral fresco (33 °C)* | ☐ BT2309 Astrágalo fresco (33 °C) |
| ☐ BT2303 Cóndilo femoral fresco (33 °C) | ☐ BT2310 Cabeza femoral fresco (33 °C) |
| ☐ BT2304 Meseta tibial con menisco fresco (33 °C) | ☐ BT2311 Húmero tercio distal fresco (33 °C) |
| ☐ BT2305 Meseta tibial fresco (33 °C) | ☐ BT2312 Cabeza húmero fresco (33 °C) |
| ☐ BT2306 Cóndilo femoral + menisco con meseta tibial fresco (33 °C) | |

*Los injertos que contienen "tróclea femoral" incluyen la parte distal del fémur (tróclea y cóndilos femorales).

**SOLICITUD DE TEJIDO
OSTEOCONDRALE FRESCO**

Observaciones: Indicar la lateralidad del tejido solicitado, así como otras especificaciones que considere necesarias para la correlación donante-receptor (medidas del tejido, porcentaje de variabilidad aceptada, tamaño y localización de la lesión, etc.)

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/a

Firma

Fecha

El coste del transporte deberá asumirlo siempre el solicitante.