



Enviar per correu electrònic a [bt@bst.cat](mailto:bt@bst.cat)

## 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

Diagnòstic

Alçada

Pes

CIP / DNI

## 3. CONDICIONS

En el moment en què es generi el teixit, l'informarem sobre la data a partir de la qual es podrà disposar del mateix. Qualsevol canvi o anul·lació que afecti a la realització de la cirurgia (deguda al pacient o a l'hospital) haurà de ser informat al [bt@bst.cat](mailto:bt@bst.cat)

## 4. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

Tipus

Quantitat

Mides (dimensions)

Observacions

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

Firma

Data

El cost del transport l'haurà d'assumir el sol·licitant.

R-SB-XXXXXXX