



Remitir por e-mail a [bt@bst.cat](mailto: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 contacte

Núm. Asegurado/Póliza

**Autorización**  Núm. Pedido/Orden compra

### 2. DATOS DEL RECEPTOR

Nombre y apellidos  Núm. HC

Edad  CIP/DNI  Consentimiento informado  Sí  No

¿Se trata de un retrasplante?  Sí  No Solicitud urgente  Sí  No

### 3. INTERVENCIÓN

Fecha  Hora  Lugar/Quirófano

### 4. INDICACIÓN DEL TRASPLANTE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Edema corneal <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Postcirugía de cataratas</li><li><input type="checkbox"/> Postcirugía de otro tipo <small>(especificar)</small><br/><input type="text"/></li><li><input type="checkbox"/> Edema no postquirúrgico</li></ul> | <input type="checkbox"/> Infecciones microbianas<br><small>(bacterias, protozoos, clamidias y espiroquetas) Observaciones:</small><br><input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Distrofias corneales <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Endoteliales</li><li><input type="checkbox"/> Estromales</li><li><input type="checkbox"/> Ectásticas</li></ul>   | <input type="checkbox"/> Queratitis ulcerativa no infecciosa   |
| <input type="checkbox"/> Opacificaciones congénitas   | <input type="checkbox"/> Degeneraciones corneales  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones víricas  | <input type="checkbox"/> Traumas. Corrosiones por cáusticos  |
|   | <input type="checkbox"/> Retrasplante por rechazo inmunológico   |
|   | <input type="checkbox"/> Retrasplante por otros motivos <small>(especificar)</small><br><input type="text"/>   |
|   | <input type="checkbox"/> Alteración secundaria a cirugía refractiva  |
|   | <input type="checkbox"/> Otros motivos <small>(especificar)</small><br><input type="text"/>  |

continúa en la página siguiente >

## 5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

**BT7034 / BT7003** Córnea entera, es necesario especificar

- Criterio penetrante
- Criterio DALK
- Criterio DSAEK
- Criterio DMEK

**BT7028** Córnea trasplante limbar

**BT7005 / BT7023 / BT7029** Córnea tectónica

**Córnea pre-cortada**

**BT7035 / BT7024** DALK / SALK  micras

**BT7020 / BT7036** DSAEK

**BT7019 / BT7027** DMEK

Según las recomendaciones de la Comisión Asesora de Trasplante de Córnea del Servei Català de la Salut, DOGC núm 2337.

1. Declaro tener conocimiento y cumplir todas las disposiciones del RD Ley 9/2014 relacionadas con la utilización de tejidos humanos para trasplante. Así mismo, declaro que antes del trasplante, se habrá realizado la determinación de serología para VIH al receptor para el cual está previsto el trasplante de córnea, según la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 24 de junio de 1987 (BOE 14 de julio de 1987).
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.