



### 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  Solicitud urgente  Sí  No

Diagnóstico

### 3. INTERVENCIÓN

Fecha  Hora  Lugar/Quirófano

### 4. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO VALVULAR

#### Válvulas

- BT7022** Válvula aórtica
- BT4023** Válvula pulmonar
- BT4024** Válvula mitral

#### Características específicas valvulares

Diámetro valvular

Longitud

Cayado aórtico  Sí  No

Bifurcación pulmonar  Sí  No

Otras

Le mostramos la disponibilidad de tejido valvular del Banco de Tejidos y le informamos que nos encargaremos de seleccionar el producto que mejor se adapte a sus necesidades.

## 5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO VASCULAR

### Arterias

- BT4030** Arteria pulmonar
- BT4037** Hemiarteria pulmonar derecha
- BT4037** Hemiarteria pulmonar izquierda

### Segmentos vasculares

- BT4031** Aorta ascendente arco completo
- BT4025** Aorta torácica 8-20 cm
- BT4027** Bifurcación aorto-ilíaca corta < 40 cm
- BT4033** Bifurcación aorto-ilíaca femoral > 40 cm
- BT4028** Arteria ilíaca < 40 cm
- BT4034** Arteria ilíaca femoral > 40 cm
- BT4039** Arterias ilíacas (2u) < 40 cm
- BT4038** Arterias ilíacas femorales (2u) > 40 cm
- BT4029** Arteria femoral < 40 cm
- BT4035** Arteria femoral > 40 cm
- BT4042** Arterias femorales (2u) < 40 cm
- BT4041** Arterias femorales (2u) > 40 cm

### Características específicas vasculares

Tubo recto

Bifurcado

Diámetro aproximado      Proximal       Distal

Longitud

Otras

Le mostramos la disponibilidad de tejido vascular del Banco de Tejidos y le informamos que nos encargaremos de seleccionar el producto que mejor se adapte a sus necesidades.

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.