



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 DONANT

Nom i cognoms  **Núm. HC**

Edat  Grup Sanguini  Autorització per escrit del receptor  Sí  No

CIP  Diagnòstic

### 3. INTERVENCIÓ

Data  Hora  Lloc/Quiròfan

### 4. PROCEDIMENT SOL·LICITAT

- BT6005** Criopreservació de teixit ovàric
- BT6006** Descongelació de teixit ovàric

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 del Metge trasplantador

Data

Signatura

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