



Remitir 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 contacte

Núm. Asegurado/Póliza

Autorización Núm. Pedido/Orden compra

2. DATOS DEL DONANTE

Nombre y apellidos **Núm. HC**

Edad Grupo Sanguíneo Autorización por escrito del receptor Sí No

CIP Diagnóstico

3. INTERVENCIÓN

Fecha Hora Lugar/Quirófano

4. PROCEDIMIENTO SOLICITADO

- BT6005** Criopreservación de tejido ovárico
- BT6006** Descongelación de tejido ovárico

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.