



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 CIP/DNI Consentiment informat Sí No

Sol·licitud urgent Sí No Motiu

3. INTERVENCIÓ

Data Hora Lloc/Quiròfan

4. INDICACIÓ DE L'IMPLANT

Resecció conjuntival Procés inflamatori Altres motius (especificar)
 Ulceració corneal Defecte epitelial

5. ESPECIFICACIONS DEL TEIXIT

BT7013 Membrana amniòtica congelada (2,5 cm) **BT7025** Membrana amniòtica liofilitzada (2,5 cm)
 BT7014 Membrana amniòtica congelada (4,5 cm) **BT7026** Membrana amniòtica liofilitzada (4,5 cm)

Segons les recomanacions de la Comissió Assessora de Trasplantament de Còrnia del Servei Català de la Salut, DOGC núm 2337.

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

Signatura

Data

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