



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 contacto _____

Núm. Asegurado/Póliza _____

Autorización _____ Núm. Pedido/Orden compra _____

2. DATOS DEL RECEPTOR

Nombre y apellidos _____ Núm. HC _____

Edad _____ CIP/DNI _____ Consentimiento informado Sí No

Solicitud urgente Sí No Motivo _____

3. INTERVENCIÓN

Fecha _____ Hora _____ Lugar/Quirófano _____

4. INDICACIÓN DEL IMPLANTE

Resección conjuntival Proceso inflamatorio Otros motivos (especificar) _____

Ulceración corneal Defecto epitelial _____

5. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

BT7013 Membrana amniótica congelada (2,5 cm) **BT7025** Membrana amniótica liofilizada (2,5 cm)

BT7014 Membrana amniótica congelada (4,5 cm) **BT7026** Membrana amniótica liofilizada (4,5 cm)

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.
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 _____

Firma _____

Fecha _____

El coste del transporte deberá asumirlo siempre el solicitante.

