



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 Consentimiento informado Sí No Teléfono

3. INDICACIÓN PARA EL USO DEL EXMA

Úlcera corneal Ojo seco (etiología)

Queratitis no infecciosa Otros (especificar)

Coadyuvante en cirugía (o post-cirugía)

Insuficiencia límbica

4. TIPO DE TRATAMIENTO

Se considera:

Uso bajo: 1-2 aplicaciones/día **Uso medio:** 3-4 aplicaciones/día **Uso intensivo:** 5-7 aplicaciones/día

Posología (especificar)

Por favor, marque la casilla con el tipo de tratamiento:

	Uso Bajo	Uso Medio	Uso Intensivo
Unilateral	<input type="checkbox"/> 2 viales/mes	<input type="checkbox"/> 2 viales/mes	<input type="checkbox"/> 3 viales/mes
Bilateral	<input type="checkbox"/> 2 viales/mes	<input type="checkbox"/> 3 viales/mes	<input type="checkbox"/> 6 viales/mes

5. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Por favor, marque el número de meses solicitados

1 mes 3 meses 6 meses 1 año (crónico)

La solicitud tendrá una vigencia máxima de un año.

En caso de ser necesaria alguna característica especial, por favor, indíquela:

6. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

Atendiendo al tipo de tratamiento y a la duración del mismo, el número de viales solicitados es:

(recuerde que 1 vial de extracto tiene una caducidad de 15 días una vez reconstituido y que el tratamiento mínimo es de 1 mes)

BT7018 Extracto de membrana amniótica

2 viales

4 viales

9 viales

18 viales

3 viales

6 viales

12 viales

Otros (especificar)

Fecha de entrega

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 solicitante

Fecha

Firma

El coste del transporte deberá asumirlo siempre el solicitante.