



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 RECEPTOR

Nombre y apellidos

Núm. HC

Edad

CIP/DNI

Diagnóstico

3. INTERVENCIÓN

Fecha

Hora

Lugar/Quirófano

4. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

Tipo

Cantidad

Tamaño (medidas)

Depósito

Sí No

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.