



Remitir por e-mail a [bt@bst.cat](mailto:bt@bst.cat)

### 1. DATOS DEL HOSPITAL O CENTRO SOLICITANTE

Dr./Dra. solicitante (nombre y apellidos)

Servicio/Hospital

Dr./Dra responsable cirugía

Dirección

Teléfono

Fax

Fecha intervención

Observaciones

### 2. DATOS DEL RECEPTOR

Nombre y apellidos \*

Núm. HC \*

Edad

CIP/DNI

Consentimiento informado Sí  No

Observaciones

Diagnóstico \*

\* Campos obligatorios

### 3. ESPECIFICACIONES DEL TEJIDO

**BT5006** Matriz dérmica 2 x 1 cm 0,5-1,5 mm

**BT5007** Matriz dérmica 3 x 3 cm 0,5-1,5 mm

**BT5016** Matriz dérmica 10 x 5 cm 0,8-1,9 mm

**BT5017** Matriz dérmica 10 x 5 cm 2,0-2,9 mm

**BT5018** Matriz dérmica 10 x 5 cm > 3 mm

**BT5020** Matriz dérmica 10 x 15 cm > 2 mm

**BT5021** Matriz dérmica 20 x 15 cm > 2 mm

**BT5022** Matriz dérmica 5 x 5 cm > 3 mm

**BT5023** Matriz dérmica 5 x 5 cm 2,0-2,9 mm

\* Cumplimiento de la norma de protección de datos según RD 1720/2007 de 21 de Diciembre.

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.