



RICONSEGNARE ALLA BANCA DEL TESSUTO CUTANEO

N° scarico

USO SCORTA (possibile solo per i tessuti γ irradiati)

RICHIESTA PER PAZIENTE

1- Struttura che effettua la richiesta:

Ospedale	Reparto
----------	---------

2- Dati ricevente (in caso di uso scorta compilare al momento dell'utilizzo)

Cognome e nome del paziente	Data di nascita
Diagnosi della malattia da trattare	

3-Grado di urgenza:

Urgentissima (Entro le 2 h)

Urgente(Entro le 24 h)

Non urgente (a programmazione)

Tipologia tessuto richiesto:

cute criopreservata (-80°C): 300-800 μ 1-3 mm

cute glicerolizzata (+4°C): 300-800 μ 1-3 mm

derma de-epidermizzato criopreservato (-80°C)

derma de-epidermizzato glicerolizzato (+4°C)

DED de-cellularizzato liofilizzato γ irradiato: 300-800 μ 1-3 mm

Derma de-cellularizzato liofilizzato γ irradiato: 300-800 μ 1-3 mm

U.M.	RICHIESTA	CONSEGNATA
cm ²		

Modalità di trasporto

Richiesta inviata il	Trasporto a carico di AOUS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Intervento previsto il	alle ore	Data trasporto

**Timbro e Firma del Medico Responsabile
(che ha inoltrato la richiesta)**

**Timbro della struttura e Firma per
accettazione tessuto**

Data _____

**Timbro della struttura e Firma del Medico
al momento dell'utilizzo del tessuto**

Data _____

EV. NOTE _____

Spazio riservato a Centro Conservazione Cute

(etichetta R731)