

RICHIESTA
DI CAMPIONI DI TESSUTO

TENDINI - MENISCHI

Modulo



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

STRUTTURA RICHIEDENTE: _____ Data ____ / ____ / ____

PAZIENTE:

Etichetta

Nome: _____

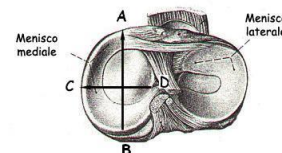
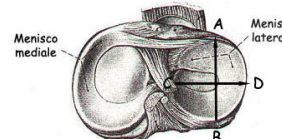
Cognome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ M F

Affetto/a da: _____

Candidato/a ad intervento di _____

il ____ / ____ / ____ Presso il reparto di _____

In caso di **Ricostruzione LCA** specificare: **Prima Ricostruzione** **Revisione**In caso di **Prima Ricostruzione LCA** motivare la richiesta: _____**TESSUTO CRIOCONSERVATO:** App. Estensore DX SX n° ____ Achilleo n° ____ Tibiale Anteriore n° ____ Tibiale Posteriore n° ____ Peroneo n° ____ Gracile n° ____ Semitendine n° ____ Estensore alluce n° ____ Fascia Lata n° ____ Altro: _____**Menisco con piatto tibiale**MEDIALE DX SX AB cm ____ DC cm ____LATERALE DX SX AB cm ____ DC cm ____

Si consiglia di rilevare la misura mediante R.M.N.

DATA DEL RITIRO TESSUTO ____ / ____ / ____ BANCA TMS: fax 0258296447 tel. 0258296437

MEDICO RICHIEDENTE _____ TEL: _____ FAX _____

Timbro e firma della Direzione Sanitaria

Timbro e firma del Medico

La fattura dovrà essere inviata a Ragione Sociale: _____

Indirizzo: _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Partita IVA / CF _____

Spazio Riservato Alla BANCA TMS

Tipologia tessuto _____ n° _____ Codice Tessuto _____ Importo Totale _____

Tipologia tessuto _____ n° _____ Codice Tessuto _____ Importo Totale _____

Tipologia tessuto _____ n° _____ Codice Tessuto _____ Importo Totale _____