

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p> <p>Banca Regionale Banca Tessuto Muscolo-Scheletrico</p>	<p>RICHIESTA</p> <p>DI CAMPIONI DI TESSUTO</p> <p><u>OSSO</u></p> <p>MODULO</p>	<p>Codice: MOD 13 PSBO 01</p> <p>Rev.: 9</p> <p>Data: 01/03/2021</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
---	---	---

STRUTTURA RICHIEDENTE: _____ Data ___/___/___

PAZIENTE:

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: ___/___/___
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Affetto/a da: _____

Candidato/a ad intervento di _____

DATA INTERVENTO: ___/___/___ REPARTO _____

SCORTA SOLO PER TESSUTO LIOFILIZZATO E IN ALCOOL

TESSUTO CRIOCONSERVATO:

<input type="checkbox"/> Teca Cranica Autologa: Depositata il ___/___/___	<input type="checkbox"/> Teca Cranica Autologa da IRRADIARE : Depositata il ___/___/___
---	---

<input type="checkbox"/> TESTA FEMORE: n° ___ GRANDE(> 100gr) n° ___ MEDIA(>70gr<100gr) n° ___ PICCOLA(< 70gr)	<input type="checkbox"/> FEMORE: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
<input type="checkbox"/> CONDILI FEMORALI: n° ___	<input type="checkbox"/> TIBIA: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
<input type="checkbox"/> CRESTA ILIACA: n° ___ cm ___ x cm ___	<input type="checkbox"/> TIBIA ART. n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
<input type="checkbox"/> CORTICOSPONGIOSA MORCELLIZZATA: ___ gr	<input type="checkbox"/> DIAFISI: Femore n° ___ Tibia n° ___ cm ___
<input type="checkbox"/> CARTILAGINE COSTALE CONGELATA: n° ___ cm ___ x cm ___	<input type="checkbox"/> PERONE: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> OMERI: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
	<input type="checkbox"/> Altro: _____

TESSUTO LIOFILIZZATO:

<input type="checkbox"/> CHIPS DI SPONGIOSA: n° ___ 30 cc n° ___ 15 cc n° ___ 10cc n° ___ 5 cc n° ___ 2 cc n° ___ 1 cc	<input type="checkbox"/> STECCA / MICROSTECCA: n° ___ cm ___ x cm ___
<input type="checkbox"/> CHIPS DI CORTICOSPONGIOSA: n° ___ 30 cc n° ___ 15 cc n° ___ 10cc n° ___ 5 cc n° ___ 2 cc n° ___ 1 cc	<input type="checkbox"/> CUBO DI SPONGIOSA: n° ___ cm ___ x cm ___
<input type="checkbox"/> ALTRO: _____	<input type="checkbox"/> PASTE DBM IN SIRINGA: n° ___ 1 cc n° ___ 2,5 cc n° ___ 5 cc n° ___ 10 cc

TESSUTO IN ALCOOL: CARTILAGINE COSTALE: n° ___

DATA DEL RITIRO TESSUTO ___/___/___

Inviare a: e-mail: trapianti@asst-pini-cto.it

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 _____ Codice SDI _____

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 _____