

STRUTTURA RICHIEDENTE: _____ **Data** ___/___/___

PAZIENTE:

Cognome: _____
 Nome: _____
 Data di nascita: ___/___/___
 Sesso: M F

Affetto/a da: _____

Candidato/a ad intervento di _____

il ___/___/___ **Presso il reparto di** _____

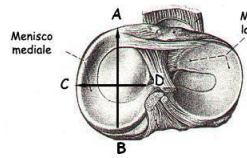
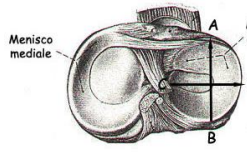
In caso di **Ricostruzione LCA** specificare: **Prima Ricostruzione** **Revisione**

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° ___
Note : _____
Totale Tendini Richiesti n° ___

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 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 _____

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 _____