

 	<b>MODULO</b>	Rev. 0	Pag. 1 di 1
	<b>RICHIESTA DI CAMPIONI DI TESSUTO OSSO</b>	P04_A0154_BTMS_Ps002_Mod009 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps002	

**STRUTTURA RICHIEDENTE:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PAZIENTE:** \_\_\_\_\_ **Affetto/a da:** \_\_\_\_\_

*Applicare* \_\_\_\_\_  
*Etichetta* \_\_\_\_\_  
*Anagrafica* \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Sesso:  M  F

**Candidato/a ad intervento di** \_\_\_\_\_

**DATA INTERVENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **REPARTO** \_\_\_\_\_

**SCORTA**  **SOLO PER TESSUTO LIOFILIZZATO**

**TESSUTO CRIOCONSERVATO**

**Teca Cranica Autologa: Depositata il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  **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"/> OMERO: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
<input type="checkbox"/> CONDILI FEMORE: n° ___ <input type="checkbox"/> PIATTO TIBIALE: n° ___	<input type="checkbox"/> RADIO: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
<input type="checkbox"/> FEMORE: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> STECCA: Femore n° ___ Tibia n° ___ cm ___
<input type="checkbox"/> TIBIA: n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> CORTICOSPONGIOSA MORCELLIZZATA: ___ gr
<input type="checkbox"/> TIBIA ART n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> CRESTA ILIACA: n° ___ cm ___ x cm ___
<input type="checkbox"/> PERONE n° ___ <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> DIAFISI: Femore n° ___ cm ___ / Tibia n° ___ cm ___	<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"/> PASTE DBM IN SIRINGA: n° ___ 1 cc n° ___ 2,5 cc n° ___ 5 cc n° ___ 10 cc

**DATA DEL RITIRO TESSUTO** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**MEDICO RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_ **TEL:** \_\_\_\_\_ **FAX** \_\_\_\_\_

Timbro e firma della Direzione Sanitaria

Timbro e firma del Medico

**Inviare a: e-mail: [trapianti@asst-pini-cto.it](mailto:trapianti@asst-pini-cto.it) tel. 0258296437**

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 _____