

 Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Gaetano Pini Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 1
	RICHIESTA DI CAMPIONI DI TESSUTO TENDINI - MENISCHI	P04_A0154_BTMS_Ps002_Mod010 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps002	

STRUTTURA RICHIEDENTE: _____ **Data** ____/____/____

PAZIENTE:

Applicare
Etichetta
Anagrafica

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____

Sesso: ☐ M ☐ F

Affetto/a da: _____

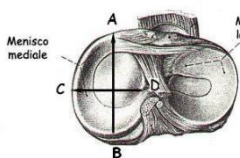
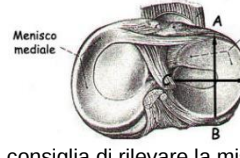
Candidato/a ad intervento di _____

DATA INTERVENTO: ____/____/____ **REPARTO** _____

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° ____ ☐ Estensore Alluce n° ____ ☐ Tibiale Anteriore n° ____ ☐ Flessore Alluce n° ____ ☐ Tibiale Posteriore n° ____ ☐ Flessore Dita n° ____ ☐ Peroneo L. n° ____ ☐ Peroneo B. n° ____ Note: _____ ☐ Gracile n° ____ ☐ Semitendine n° ____ ☐ Fascia Lata n° ____ 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 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 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 _____