

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Fini-CTO</p>  <p>Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p> <p>Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico</p>  <p>Banca Regionale TMS Tessuto Muscolo-Scheletrico</p>	<b>MODULO</b>	Rev. 0	Pag. 1 di 1
<b>RICHIESTA DI SMALTIMENTO DI CAMPIONI DI TMS AUTOLOGHI</b>		P04_A0154_BTMS_Ps002_Mod015 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps002	

**Al responsabile della Banca di Tessuto Muscolo-Scheletrico**

**CENTRO PRELIEVO:** \_\_\_\_\_

Si richiede per il / la paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Lo smaltimento del campione di tessuto osseo con le seguenti caratteristiche

**TIPO DI CAMPIONE:** \_\_\_\_\_

**N° SEGMENTI:** \_\_\_\_\_ **AUTOLOGO**

**DEPOSITATO IL:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data della richiesta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del medico richiedente

Timbro e firma della  
Direzione Sanitaria