

SCHEMA DI SEGNALAZIONE DELL' AVVENUTO TRAPIANTO DI CORNEA
(DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

STRUTTURA DI TRAPIANTO DI CORNEA

(Ospedale / Casa di Cura Privata)

CORNEA/LENTICOLO UTILIZZATO

SI NO

CAUSA MANCATO UTILIZZO _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTE

Cognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Data del trapianto _____

Trapianto eseguito su: Occhio Destro Occhio Sinistro

Intervento di: PK LK DALK DLEK/DS-AEK

DATI RELATIVI ALLA CORNEA/LENTICOLO

Codice _____

Data del prelievo _____

Cornea prelevata presso _____

(Ospedale / Domicilio del Donatore)

Intervallo prelievo-trapianto _____

Data di scadenza _____

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO IL TRAPIANTO

Cognome e nome _____

Qualifica _____ Reparto _____

Data _____ Firma _____

Da inviare entro 24 ore alla:
Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
C. Bramante 88 - 10126 Torino
Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363