

CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI – REGIONE PIEMONTE  
**SCHEDA DI RICHIESTA TESSUTO CORNEO-SCLERALE**  
(DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA DI TRAPIANTO)

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

Con la presente si richiede un tessuto corneo-sclerale conservato in etanolo 70°, da utilizzarsi per chirurgia di rinforzo e ricostruttiva.

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Data del trapianto \_\_\_\_\_

Occhio Destro  Occhio Sinistro

Intervento di: \_\_\_\_\_

Il tessuto verrà conservato secondo le indicazioni della Banca delle Cornee.

Il trapianto verrà comunicato a codesto C.R.T. utilizzando la scheda Co 14.7/2007.

Se non utilizzato, verrà restituito alla Banca delle Cornee, in allegato alla scheda Co 14.7/2007, con l'indicazione di non utilizzo.

**GENERALITÀ DEL MEDICO CHE RICHIEDE IL TESSUTO CORNEO-SCLERALE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

presso l'Ospedale / Casa di Cura privata \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_