

**SCHEMA DI SEGNALAZIONE DELL' AVVENUTO TRAPIANTO
DI TESSUTO CORNEO-SCLERALE**

(DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO DI TRAPIANTO)

STRUTTURA DI TRAPIANTO DI CORNEA

(Ospedale / Casa di Cura Privata)

TESSUTO CORNEO/SCLERALE 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: _____

DATI RELATIVI AL TESSUTO CORNEO-SCLERALE

Codice _____

Data del prelievo _____

Prelevato presso _____

(Ospedale / Domicilio del Donatore)

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