

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI REAZIONE O EVENTO AVVERSO
(DA COMPILARE A CURA DELLA STRUTTURA DI TRAPIANTO)

STRUTTURA DI TRAPIANTO DI CORNEA

(Ospedale / Casa di Cura Privata)

DATI ANAGRAFICI DEL RICEVENTECognome e Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____

DATI RELATIVI AL TESSUTO OCULARE

Codice _____

DATI CLINICIData del trapianto _____ Trapianto eseguito su: OD OSIntervento di: PK LK DALK DLEK/DS-AEK

Pregressi trapianti di tessuti oculari: su OD n° _____ su OS n° _____

Pregressi trapianti di altri organi o tessuti SI NO

Data della visita _____

Evento avverso _____

GENERALITÀ DEL MEDICO CHE COMUNICA L'EVENTO AVVERSO

Cognome e nome _____

Qualifica _____ Reparto _____

Data _____ Firma _____

Da inviare immediatamente al:**C.R.T. Servizio di Immunologia dei Trapianti - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista Fax: 011 6336529****Banca delle Cornee della Regione Piemonte - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista Torino****Tel. 011 6336519 / Fax: 011 6334363****avvisare immediatamente il mobile 335 7168995**