

Mt 2.1.1/2004

CENTRO REGIONALE PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE

**VERBALE DI PRELIEVO MULTITESSUTO**

DA TRASMETTERE VIA FAX

Al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti

011-6336529

**SEDE DI PRELIEVO**

Ospedale \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL DONATORE** (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO PRELEVATORE)

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

Sesso  M  F Data di nascita \_\_\_\_\_

Data del decesso \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Causa del decesso  Traumatica  Cerebro-vascolare  Cardio-vascolare  Asfissia/Anossia  
 Neoplastica  Metabolica  Infettiva  Non nota  Altro \_\_\_\_\_

Si certifica che in data \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_ il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

dopo essersi accertato che non sussista opposizione, visto il verbale di accertamento della morte ha proceduto alle operazioni di prelievo - dal donatore di cui al presente verbale - del tessuto sottoindicato:

Cute  Tess. Muscolo-scheletrico  Tess. Valvolare  Tess. Vascolare

Il prelievo è iniziato alle ore \_\_\_\_\_ e si è concluso alle ore \_\_\_\_\_ con le modalità e le precauzioni previste dalla legge vigente.

**GENERALITÀ DEL MEDICO PRELEVATORE**

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

Qualifica \_\_\_\_\_ Reparto di appartenenza \_\_\_\_\_

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