

CENTRO REGIONALE PER I TRAPIANTI - REGIONE PIEMONTE
VERBALE DI PRELIEVO TESSUTI MUSCOLO SCHELETRICI
 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 - dei seguenti tessuti muscolo-scheletrici:

	dx	sx
- omero totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- radio totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- omero con gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- femore totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tibia fino al bulbo tibiale incluso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tibia totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- perone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- emibacini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fascia lata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tendine di Achille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tendine rotuleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 _____