

**SEGNALAZIONE DI REAZIONE/EVENTO AVVERSO**

AL RESPONSABILE MEDICO  
BANCA DEI TESSUTI MUSCOLO-SCHELETRICI  
TORINO

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Operante presso la seguente Struttura Sanitaria:

Ospedale/Casa di Cura \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito telefonico/fax per comunicazioni urgenti \_\_\_\_\_

Segnala di aver rilevato il seguente evento o reazione avversa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rilevata nel seguente modo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ a carico del paziente \_\_\_\_\_

sottoposto a impianto di tessuto muscolo-scheletrico in data \_\_\_\_\_

tipologia del tessuto impiantato \_\_\_\_\_

codice identificativo \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega copia della documentazione clinica in merito

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

BANCA DEI TESSUTI MUSCOLO –SCHELETRICI REGIONE PIEMONTE

Tel. 011/6933721 Fax 011/6933722 avis@cto.to.it  
Azienda Sanitaria Ospedaliera C.T.O.- C.R.F.-M.ADELAIDE  
Via Zuretti 29- Torino



Azienda Ospedaliera  
CTO, CRF, ICORMA

