

RICHIESTA SEGMENTO MUSCOLO-SCHELETRICO

Si richiedono per il giorno ora..... numero di:

EPIFISI FEMORALI Grande Media Piccola

LIOFILIZZATO spongiosa (cubetti) cuneo cm..... chips 5 ml chips 2 ml
 chips 10 ml chips 15 ml chips 20 ml chips 30 ml
 stecche microstecche DBM ml.....

MORCELLIZZATO chips 10 gr chips 20 gr

TESSUTO AUTOLOGO SEGMENTO.....

ALTRO.....

Per il/la paziente

cognome nome

nato/a il..... di gruppo sanguigno.....

candidato/a ad intervento chirurgico di.....

il giorno presso il reparto

dell'Ospedale/Casa di Cura.....

via..... c.a.p..... città..... prov.....

L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.....

Azienda Ospedaliera.....

Tel. Provincia Regione.....

Il trasporto dell'innesto verrà effettuato da.....

nel giorno alle ore (circa).....

data _ / _ / _

Il Medico richiedente

Visto della Direzione Sanitaria richiedente

.....

(firma e timbro)