



Data

Modulo trasferimento sede organi e tessuti a scopo di trapianto

In relazione al prelievo d'organi e tessuti effettuato in data odierna presso l'U.O. _____ dell'A.O. _____
il Sig./Dott. (Coordinamento Locale):

_____	_____
Nome	Cognome

identifica il Sig./Dott (CRI):

_____	_____
Nome	Cognome

e consegna

<input type="checkbox"/> rene dx	<input type="checkbox"/> rene sx
<input type="checkbox"/> cornea dx	<input type="checkbox"/> cornea sx
<input type="checkbox"/> linfonodi	<input type="checkbox"/> provette
<input type="checkbox"/> materiale bioptico	<input type="checkbox"/> altro.....

per il trasferimento dalla sede di.....
alla sede di.....

Firma per consegna _____

Firma per ricevuta _____

L'operatore CRI consegna al il Sig./Dott.

_____	_____
Nome	Cognome

Del centro di trapianto . _____
 Della Banca delle cornee

Firma per consegna _____

Firma per ricevuta _____

Il referente della CRI si impegna ad inviare il modulo completo in tutte le sue parti
al CRT Sicilia n. di fax **091-6663830** o e-mail **coordinamento@crt Sicilia.it**

