



Registrazione del SGQ
Trasferimento sede di organi e
tessuti a scopo di trapianto



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**

