

DONATORE

NOME E COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____ SESSO _____

CAUSA DECESSO _____ EMOGRUPPO _____

DATA e ORA CLAMPAGGIO (*facoltativa*) _____ DATA e ORA DECESSO _____IDENTIFICAZIONE **PRIMA DEL PRELIEVO** EFFETTUATA DA

DOTT/SIG _____ OSPEDALE DI _____ MODALITA' (documento) _____

MULTIORGANO (*cuore battente*) DCD MULTITESSUTO (*cuore fermo*) REFRIGERATO NO REFRIGERATO SI N° ORE [_____]OSPEDALE DI PRELIEVO _____ SALA OPERATORIA SALA DEDICATA AUTOPSIA NO SI RIMANDARE CUORE NO SI A: _____

NOTE _____

TESSUTI

DATA E ORA PRELIEVO _____ DATA E ORA INVIO ALLA BANCA _____

SACCA PER TRASPORTO _____ DITTA _____ LOTTO _____ SCADENZA _____

SOLUZIONE DI TRASPORTO _____ DITTA _____ LOTTO _____ SCADENZA _____

_____ DITTA _____ LOTTO _____ SCADENZA _____

PRELEVATI

AORTA TORACICA CARREFOUR ARTERIE ILIACHE ARTERIE FEMORALI VENA CAVA VENE ILIACHE VENE FEMORALI VENE SAFENE CUORE IN TOTO Segnalare se l'apice cardiaco è stato lasciato nell'ospedale sede di prelievo: SI NO

ALTRO _____

MEDICI/TECNICI PRELEVATORI _____ U.O. E OSPEDALE DI PROVENIENZA _____