

**MODULO DI RICHIESTA TESSUTI CARDIOVASCOLARI**

Ospedale: \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_

Medico richiedente: \_\_\_\_\_

Il Centro possiede l'Autorizzazione al trapianto di tessuti valvolari e/o vascolari? SI NO

**DATI PAZIENTE:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_ AB0: \_\_\_\_\_

Patologia per la quale è richiesto il tessuto: \_\_\_\_\_

Patologie associate: \_\_\_\_\_

Interventi precedenti: \_\_\_\_\_

Data prevista per l'innesto: \_\_\_\_\_ Intervento da effettuarsi:  in elezione  in urgenza**TESSUTO RICHIESTO:**VALVOLARE:  Aortico  PolmonareVASCOLARE:  Aorta toracica  Aorta addominale  Carrefour Iliache  Femorali  Altro \_\_\_\_\_

Diametro: \_\_\_\_\_ Lunghezza: \_\_\_\_\_

Data della richiesta: \_\_\_\_\_

Timbro e Firma Medico richiedente \_\_\_\_\_ Timbro e Firma Direzione Sanitaria \_\_\_\_\_

**IL TESSUTO DEVE ESSERE INVIATO IL GIORNO \_\_\_\_\_ PRESSO:**

Ospedale: \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap/Città \_\_\_\_\_

Attenzione Dott. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**LA FATTURA DEVE ESSERE INVIATA A:**

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ (\*)Codice univoco fatturazione elettronica \_\_\_\_\_

(\*)N. Ordine \_\_\_\_\_ (\*)N. CIG \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap/Città \_\_\_\_\_

Ufficio di riferimento Dott./Sig. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**(\*)COMPILAZIONE DATI OBBLIGATORIA AI FINI DELLA FATTURAZIONE CON PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI**

(1) La struttura sanitaria richiedente si impegna al rimborso dei costi per i tessuti e le eventuali spese di trasporto (spedizione ordinaria/ in urgenza). Il richiedente si impegna altresì a rimborsare i costi suddetti entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. (2) I tessuti ricevuti NON potranno essere restituiti se non dopo autorizzazione da parte della Banca; solo quest'ultima è autorizzata a verificare e decidere se sussistano ancora le condizioni di idoneità per un riutilizzo clinico del tessuto stesso. In caso contrario il costo del tessuto sarà comunque addebitato alla struttura richiedente. (3) Il tariffario applicato è quello previsto dal D.G.R: Regione Lombardia n. 8/6291 del 21/12/2007. (4) La struttura richiedente conferma di avere l'autorizzazione del proprio CRT a rivolgersi alla Banca Regione Lombardia come previsto dalla normativa in vigore.