

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 _____

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE

DATA ARRIVO

ORA

PROVENIENZA

OPERATORE