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

- ☐ rene dx
- ☐ cornea dx
- ☐ linfonodi
- ☐ materiale bioptico
- ☐ rene sx
- ☐ cornea sx
- ☐ provette
- ☐ 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@crtsicilia.it**