



MODULO TRASFERIMENTO ORGANI E TESSUTI A SCOPO DI TRAPIANTO

Data _____

Prelievo d'organi e tessuti effettuato presso l'A.O.:

Donatore (iniziali e data di nascita) _____

RITIRO/CONSEGNA ORGANI E TESSUTI

il Sig./Dott. _____

Documento di riconoscimento (C.I. /Matricola) _____

Consegna n° colli _____ nel dettaglio:

- | | |
|---|--|
| <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 n° _____ |
| <input type="checkbox"/> materiale bioptico | <input type="checkbox"/> altro _____ |

per il trasferimento dalla sede di _____

alla sede di _____

Nome e Cognome di chi consegna _____

Firma _____

Nome e Cognome di chi riceve _____

Firma _____