

 Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO  Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Gaetano Pini Banca Regionale Tessuto Muscolo-Scheletrico	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 1
	<u>RACCOLTA DEL TESSUTO</u> <u>MUSCOLO-SCHELETRICO</u>	P04_A0154_BTMS_Ps001_Mod008 Rif.: P04_A0154_BTMS_Ps001	

CENTRO PRELIEVO: _____

PAZIENTE:

Applicare
Etichetta
Anagrafica

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: ____/____/____
Sesso: ☐ M ☐ F

Nato a: _____

Gruppo Sanguigno: _____

Tipo di intervento _____

Codice Fiscale: _____

TESSUTO PRELEVATO

☐ TESTA FEMORE ALLOGENICA ☐ TECA CRANICA AUTOLOGA	☐ ALTRO: _____ _____
--	---

Il campione di tessuto osseo sopra descritto, i cui dati identificativi sono stati da me verificati, è stato prelevato e accettato in data ____/____/____ alle ore ____:____ **Firma del chirurgo**

Banca TMS: 0258296437; mail trapianti@asst-pini-cto.it

CONSERVAZIONE PRESSO LA STRUTTURA DI PRELIEVO A - 80° C Inviare in Banca in **tempi brevi**

☐ <u>congelatore</u> a T di - 80°C: Firma _____ data ____/____/____ ore ____:____ <u>Prima dell'invio alla Banca TMS si dichiara che:</u> la temperatura registrata del congelatore è stata di -80°C con scostamento max di + 5°C (≤ -75°C) per tutto il periodo di conservazione. Firma del dichiarante _____ data ____/____/____ ore ____:____ <u>INVIO</u>

CONSERVAZIONE PRESSO LA STRUTTURA DI PRELIEVO A + 4° + 6° C e invio in Banca **entro 12h**

☐ <u>frigorifero</u> a T compresa tra + 4° e + 6°C <u>inviare in Banca TMS entro 12 ore dal prelievo</u> Firma _____ data ____/____/____ ore ____:____ <u>INVIO</u>

N.B. Il tessuto deve essere consegnato in Banca entro **3 ore dall'invio**.

Parte da compilare a cura della Banca Regionale TMS

Data e ora ricevimento: ____/____/____ h ____:____

Integrità contenitore	Idoneo ☐	Non Idoneo ☐
Confezionamento	Idoneo ☐	Non Idoneo ☐
Stato di refrigerazione	Idoneo ☐	Non Idoneo ☐
Identificazione Campione	Idoneo ☐	Non Idoneo ☐
Compilazione modulo raccolta	Idoneo ☐	Non Idoneo ☐
Congruenza dati	Idoneo ☐	Non Idoneo ☐

NOTE:

Peso: _____ gr

ACCETTATO ☐ **NON ACCETTATO** ☐ **ACCETTATO CON RISERVA** ☐ **Firma** _____

Documento di proprietà di ASST G. Pini - CTO, ad uso esclusivo dei destinatari.

Non può essere diffuso in parte o per intero a terzi senza autorizzazione scritta del Direttore Generale.

Distribuzione controllata in formato elettronico.