



BANCO DE TEJIDOS

F-BCT-110

Petición de injerto

Rev. 5

Fecha 05/18

DATOS DEL SOLICITANTE

HOSPITAL	
MÉDICO RESPONSABLE	
SERVICIO	
TELÉFONO / PERSONA DE CONTACTO	

DATOS DEL RECEPTOR O ETIQUETA

Nº HISTORIA			
NOMBRE			
1º APELLIDO			
2º APELLIDO			
FECHA NACIMIENTO		SEXO	
RH -		En caso de necesidad, contactar con el Banco para consultar disponibilidad.	

DATOS DEL INJERTO E INTERVENCIÓN

PIEZA			
TAMAÑO			
DIAGNÓSTICO			
TIPO INTERVENCIÓN			
FECHA INTERVENCIÓN			
FECHA RECOGIDA DEL TEJIDO		HORA RECOGIDA DEL TEJIDO	
OBSERVACIONES			

DATOS DE FACTURACIÓN SELLADOS (SI PROCEDE)

EPÍGRAFE		IMPORTE	

El abajo firmante certifica que conoce y cumple con la legislación vigente en relación a tejidos y células.

Vº Bº de la administración

Fecha y firma del solicitante

ENVIAR AL FAX: 91 624 73 32

O E-MAIL: bancotejidos.hugf@salud.madrid.org

La versión actualizada de los documentos distribuidos por el Banco de Tejidos es la que se encuentra en formato electrónico disponible en la web www.madrid.org/hospitalgetafe/bancodetejidos. Será responsabilidad del profesional que lo utilice cerciorarse de que es la correcta.

No imprima el documento si no es necesario, cuide el medio ambiente.