

FORMULARIO PARA REQUISIÇÃO DE TECIDOS

DADOS DO RECEPTOR			
Nome (Completo):			
Idade:	RG:	RG HOSPITALAR:	
Nome da mãe:			
Nome do pai:			
Endereço:			Nº
Cep:	Cidade:	Estado:	Tel.:
Historia clínica (fatos relevantes):			

HOSPITAL DE INTERNAÇÃO:			
Endereço:			Nº
Cep:	Cidade:	Estado:	Tel.:

MÉDICO TRANSPLANTADOR			
Nome (Completo):			
CRM:	Especialidade Médica:	Cadastrado no SNT: Nº	
Endereço:			Nº
Cep:	Cidade:	Estado:	Tel.:
Email:			
Experiência prévia com o material solicitado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

DADOS SOBRE O TECIDO SOLICITADO (Preencher uma folha para cada tecido solicitado)	
<input type="checkbox"/> Lâminas Pele Glicerol	<input type="checkbox"/> Âmnion
Área solicitada (cm²):	
Data prevista para transplante:	

Local e data da solicitação: _____ Data: _____

Assinatura e carimbo do médico solicitante: _____

- 1 – Esta solicitação deverá ser feita para uma data específica. Caso seja cancelada pelo cirurgião, a mesma será automaticamente desfeita. A utilização futura do tecido exigirá nova solicitação.
- 2 – É vedado ao requerente transferir os tecidos, objeto desta requisição, a terceiros ou transplantá-lo em receptores diferentes daqueles informados nesta requisição.
- 3 - O requerente fica obrigado a informar, pelos formulários enviados juntamente com o tecido, as ocorrências durante a cirurgia e complicações que possam estar relacionadas ao transplante. Caso o Banco de Tecidos não receba as informações em até 15 dias, contados a partir da data informada para a cirurgia, o fornecimento posterior de tecidos ficará suspenso até que seja regularizada a situação, com o recebimento das informações.

USO EXCLUSIVO DO BANCO DE TECIDOS