

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 Sardegna CRT Centro Regionale Trapianti	CORT Centrale Operativa Regionale Trapianti
MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Verbali Di Prelievo Tessuti Oculari	Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
-------------------------------------	---------------------------

Nominativo donatore		Data di nascita:		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Emogruppo:	Rh:	Centro di prelievo:	S.O.	
Data di prelievo:		Inizio intervento (incisione cute) ore:		
Orario cross clamp:		Codice SIT:		
Inizio intervento oculista ore:		Fine intervento oculista ore:		
Data e firma				

Ispezione tessuti oculari:	<input type="checkbox"/> Occhio DX	<input type="checkbox"/> Occhio SX
Note:		
Prelievo di:	<input type="checkbox"/> Cornea DX	<input type="checkbox"/> Cornea SX
Note:		
Soluzione Utilizzata:		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:		Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:
Recapito telefonico:	Data:	Ora:
Firma:		