Banca del Tessuto Muscoloscheletrico
Il Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

CERTIFICATO DI ATTESTAZIONE DELLA BUONA CONSERVAZIONE DEL TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO RESO ALLA BTM

Ospedale……Città e Provincia……..…

Casa di Cura……..Città e Provincia……..…

Il sottoscritto dott. *(stampatello o timbro)* ……..…

dichiaro che il tessuto…….…….

codice identificativo …….…….……

ritirato o pervenuto il …..…/ …..… /…… alle ore …….……..

non utilizzato e idoneamente conservato *(barrare la casella corrispondente)*:

- ❑ a temperatura ambiente se liofilizzato/demineralizzato
- ❑ in congelatore a – ..…… °C
- ❑ nell'imballaggio di polistirolo <u>chiuso</u>
- ❑ nell'imballaggio di polistirolo <u>aperto</u> per ..... minuti
- ❑ senza aprire il confezionamento sterile

previo accordo telefonico con il dottor: ……..……

della Banca del Tessuto Muscoloscheletrico della Regione Emilia-Romagna, fornitrice del tessuto, viene restituito e consegnato dal vettore ……..…….……

in data ……/…..…/……... alle ore……..……..

NB: in tutti i casi non indicati il tessuto non verrà accettato dalla BTM, per cui sarà eliminato ma ugualmente fatturato.

Firma del Medico che attesta la buona conservazione ……..…

Firma del vettore che lo consegna ……..

Firma dell'operatore BTM che riceve il tessuto reso: ……