



SCHEDA DI COMUNICAZIONE DELL'IMPIANTO

Compilare in tutte le sue parti e spedire alla BTM (fax o mail: vedi intestazione). Consigliabile conservarne copia.

STRUTTURA SANITARIA: REPARTO:

INDIRIZZO: PROVINCIA: TEL.: FAX : e-mail:

COGNOME E NOME RICEVENTE (stampatello): DATA DI NASCITA

Codice/i tessuto/i

Tipo di intervento: Eseguito in data:

Medico/chirurgo utilizzatore (timbro e firma):

Note:

SCHEDA DI SEGNALAZIONI EVENTUALI EVENTI / REAZIONI AVVERSE NEI RICEVENTI DI TESSUTO MUSCOLOSCHIELETRICO

Modulo da inserire nella cartella clinica e da inviare alla BTM (vedi indirizzo e fax nell'intestazione) dopo l'intervento e in occasione delle visite di controllo del ricevente di tessuto, per segnalare l'eventuale insorgenza di eventi avversi rilevati nel follow up e verosimilmente imputabili all'innesto.

STRUTTURA SANITARIA REPARTO

INDIRIZZO PROVINCIA

TELEFONO FAX e-mail

Tipo tessuto

Sigla donatore

N° lotto

N° riportato sull'etichetta della confezione

Medico utilizzatore (timbro e firma)

RICEVENTE

Cognome

Nome

Data di nascita/...../.....

INTERVENTO

Tipo

Data dell'intervento/...../.....

ESAME COLTURALE ALL'IMPIANTO

non eseguito negativo positivo: microrganismo/i isolato/i:

EVENTI O REAZIONI AVVERSE (immediati e/o rilevati a + 6/12 mesi di follow up)

riassorbimento radiografico dell'innesto

non attecchimento dell'innesto, persistenza del difetto

fallimento meccanico, rottura dell'innesto

infezione dell'innesto da (indicare germe isolato)

comparsa di malattia infettiva trasmissibile (indicare agente patogeno)

danno biologico (descrivere)

altro (descrivere)

NOTE