



Banca del Tessuto Muscoloscheletrico  
Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

## RACCOLTA DATI DONATORE DI EPIFISI FEMORALE O DI TESSUTO MUSCOLOSCHLETRICO AUTOLOGO

COGNOME: ..... NOME: .....

 M

 F

DATA DI NASCITA: ..... LUOGO DI NASCITA: .....

COMUNE E PROVINCIA DI RESIDENZA: .....

CODICE FISCALE: ..... GRUPPO SANGUIGNO: .....

DONAZIONE:  epifisi femorale  opercolo cranico  altro (specificare): .....

DATA DI RICOVERO: ..... DATA E ORA DONAZIONE: ..... h: .....

DATA PRELIEVO EMATICO PER TEST SIEROLOGICI: .....

**(NB: in base a normative vigenti: giorno della donazione o entro 7 giorni successivi, escludendo 48h successive all'intervento per emodiluizione)**

OSPEDALE/CASA DI CURA: ..... DI: .....

### CONSENSO:

Il donatore è stato informato sul processo della donazione?

Si

No

Il donatore ha confermato l'anamnesi?



Il donatore ha firmato il consenso?





### CHECK LIST CONTROLLO

HBsAg neg.  HBc Ab neg.  HCV Ab neg.  TPHA neg.  HIV Ab neg.

Esame colturale, dopo incubazione non inferiore a 7 giorni:

aerobi e miceti:  neg.  pos. anaerobi:  neg.  pos.

Firma del medico/infermiere che ha rilevato l'anamnesi: .....

Firma del medico responsabile del prelievo: .....

Firma del responsabile dell'invio: .....

**Si raccomanda l'invio della documentazione e dei campioni entro un mese al massimo dal prelievo.**

### RISERVATO A BTM:

data/ora ricevimento campione/documentazione: ..... h: .....

trasmesso a CRT in data: ..... da: .....

HBV-DNA neg.  HCV-RNA neg.  HIV-RNA neg.

