

**MODELLO DI  
REGISTRO ESPIANTI EPIFISI FEMORALI PRESSO SALE OPERATORIE**

N° .....Sala operatoria: .....

Donatore: .....

Data di prelievo dell'epifisi femorale: .....

Epifisi: ☐ grande ☐ media ☐ piccola

Telefonato ore: ..... del.....a:.....

Firma infermiere S.O: .....

Firma dell'operatore che ritira il tessuto: .....

.....  
L'epifisi femorale non è stata conservata per il seguente motivo:

☐ uso autologo intraoperatorio

☐ altro .....

Firma del chirurgo:.....

NB: il chirurgo che ha eseguito l'espianto dell'epifisi e ne ha riscontrato l'eventuale cattiva qualità, deve segnalarlo in questo modulo.