

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.