SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico

M-010 Rev. 3
Data di approvazione: 29/02/08

BANCA DEL TESSUTO MUSCOLOSCHELETRICO

Banca di riferimento Regione Emilia-Romagna (delibera 1267 del 22.07.2002)
Banca di interesse nazionale (nota ISS-CNT del 16.01.2003)
Direttore Responsabile: Dott. Pier Maria Fornasari
Via Pupilli 1 - Bologna 40136 Tel.: +39-51-6366488 / Fax.: +39-51-6366137
btm@ior.it www.btm.ior.it

SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2000
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

RICHIESTA INNESTI DI TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO

N°	Si richiedono per il giorno: / /						
	EPIFISI FEMORALE, peso approssimativo richiesto (precisare): grammi						
	STECCA di (precisare):						
	DIAFISI di (precisare):						
	PERONE	❑ destro	❑ sinistro				
	FEMORE	❑ intero	❑ prossimale	❑ distale	❑ destro	❑ sinistro	❑ cm ……
	TIBIA	❑ intera	❑ prossimale	❑ distale	❑ destra	❑ sinistra	❑ cm ……
	OMERO	❑ intera	❑ prossimale	❑ distale	❑ destro	❑ sinistro	❑ cm ……
	ULNA	❑ intera	❑ prossimale	❑ distale	❑ destra	❑ sinistra	❑ cm ……
	RADIO	❑ intera	❑ prossimale	❑ distale	❑ destro	❑ sinistro	❑ cm ……
	CRESTA ILIACA	❑ intera	❑ bicorticale	❑ tricorticale			
	EMIBACINO	❑ destro	❑ sinistro				
	FASCIA LATA, dimesioni approssimative richieste (precisare): cm^2						
	TENDINE DI ACHILLE						
	TENDINE ROTULEO con osso						
	ALTRI TENDINI (precisare):						
	OSSO MORCELLIZZATO (chips di spongiosa congelate)			❑ busta 10 g	❑ busta 20 g	❑ busta 30 g	
	OSSO LIOFILIZZATO	❑ cuneo	❑ spongiosa (cubetti)		❑ chips 2 ml	❑ chip 5 ml	
		❑ chips 10 ml	❑ chips 15 ml	❑ chips 30 ml	❑ microstecche (uso odontoiatrico)		
ALTRI TESSUTI DA TARIFFARIO (previo accordo con la BTM) da precisare:							

PASTA D'OSSO IN SIRINGA LIOF.	❑ 1 ml n°:	❑ 5 ml n°:	❑ 10 ml n°:
PASTA D'OSSO CON CHIPS	❑ 5 ml **liof.** n°:	❑ 10 ml **liof.** n°:	❑ 5 ml **cong.** n°:
PASTA D'OSSO IN STRIP CONG.	❑ 50 mm n°:	❑ 90 mm n°:	
PASTA D'OSSO IN BLOCCHETTI CONGELATA	❑ 0,5 ml n°:	❑ 1 ml n°:	❑ 2 ml n°:
PASTA D'OSSO IN PATCH CONGELATA	❑ 22 ml n°:		
ALTRE PASTE (precisare):			

per il/la paziente (cognome)		(nome)	
nato/a il	di gruppo sanguigno	candidato/a ad intervento di	
		previsto per il giorno	
presso l'Ospedale / Casa di Cura		tel.	fax
via	CAP	città	prov.
L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.			
AUSL / Casa di Cura		prov.	regione
CONSEGNARE A:	**IL GIORNO:**	**ENTRO ORE:**	
Trasporto organizzato da:	❑ richiedente	❑ BTM IOR (con conseguente addebito in fattura)	

Per la Direzione Sanitaria (timbro e firma leggibile) **Il Medico richiedente** (timbro e firma leggibile)

La richiesta, compilata in ogni sua parte, è inoltrabile via Fax 051-6366137. Al fine di evitare disguidi, raccomandiamo di seguire le vostre procedure amm.ve aziendali relative agli ordini; l'emissione del buono d'ordine (per la cui corretta emissione è consigliabile rivolgersi alla segreteria BTM tel. 051-6366137) esonera dal visto della Direzione sanitaria, altrimenti assolutamente obbligatorio. L'Istituto Ortopedico Rizzoli garantisce il trattamento dei dati in ottemperanza alla Legge 196/2003 e successive modificazioni/integrazioni.