



Banca del Tessuto Muscoloscheletrico della Regione Emilia-Romagna

Banca di riferimento Regione Emilia-Romagna (delibera 1267 del 22.07.2002), Banca di interesse nazionale (nota ISS-CNT del 16.04.2003)

Direttore Responsabile: Dr. Pier Maria Fornasari

Via Pupilli, 40136 Bologna Tel. +39 051-6366488 Fax. +39 051-6366137

Richiesta di PASTA D'OSSO DBSint®

(pasta ossea composta, costituita da matrice ossea demineralizzata di origine umana e magnesio-idrossiapatite biomimetica nanostrutturata)

Si richiedono le seguenti quantità di DBSint® :

	Volume	Codice	N. siringhe
<input type="checkbox"/>	DBSint® 0.5 cc	DBSPA-005
<input type="checkbox"/>	DBSint® 1 cc	DBSPA-010
<input type="checkbox"/>	DBSint® 2.5 cc	DBSPA-025
<input type="checkbox"/>	DBSint® 5 cc	DBSPA-050
<input type="checkbox"/>	DBSint® 10 cc	DBSPA-100

Il materiale richiesto dovrà essere recapitato entro il giorno/...../..... alle ore (circa)presso:

Ospedale/Casa di Cura/Studio dent. _____

Via _____ Città _____ Prov. _____

CAP _____ Tel. _____ Fax. _____

Indicare la **persona di riferimento** a cui consegnare il materiale richiesto:

Nome _____ Cognome _____ Tel. _____

Dati per la **fatturazione** (pagamento bonifico bancario 30 gg):

Ragione Sociale _____ P.IVA _____

Via _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____

Il materiale richiesto sarà destinato a (nome del **paziente**):

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a: _____ Gruppo sanguigno _____

Il paziente sarà soggetto il giorno/...../..... ad **intervento** di:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> pseudoartrosi | <input type="checkbox"/> tumore osseo | <input type="checkbox"/> correzione scoliosi | <input type="checkbox"/> artrodesi vertebrale |
| <input type="checkbox"/> osteotomia correttiva | <input type="checkbox"/> revisione protesica | <input type="checkbox"/> trauma | <input type="checkbox"/> difetto cavitario |
| <input type="checkbox"/> difetto post-estrattivo | <input type="checkbox"/> difetto parodontale | <input type="checkbox"/> rialzo seno mascellare | <input type="checkbox"/> ripristino cresta alveolare |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) | | | |

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte in stampatello e firmato, dovrà essere inoltrato alla Banca del Tessuto Muscoloscheletrico degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, via Fax. 051-6366137.

Per la **Direzione Sanitaria** (timbro e firma)

Il Medico richiedente (timbro e firma)

.....

.....

Gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna garantiscono il trattamento dei dati in ottemperanza alla Legge 196/2003 e successive modifiche/integrazioni.

La BTM garantisce la tracciabilità, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Qualora il materiale sia disponibile per la data indicata, la presente richiesta autorizza alla consegna e fatturazione.

Il materiale richiesto sarà consegnato e fatturato da Fin-Ceramica Faenza Spa (RA), in qualità di distributore esclusivo della pasta d'osso DBSint®