



Registrazione del SGQ  
Trasferimento sede di organi e  
tessuti a scopo di trapianto



Data .....

**Modulo trasferimento sede organi e tessuti a scopo di trapianto**

In relazione al prelievo d'organi e tessuti effettuato in data odierna  
presso l'U.O. \_\_\_\_\_ dell'A.O. \_\_\_\_\_  
il Sig./Dott. (Coordinamento Locale):

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Cognome

identifica il Sig./Dott (CRI):

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Cognome

e consegna

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rene dx            | <input type="checkbox"/> rene sx    |
| <input type="checkbox"/> cornea dx          | <input type="checkbox"/> cornea sx  |
| <input type="checkbox"/> linfonodi          | <input type="checkbox"/> provette   |
| <input type="checkbox"/> materiale bioptico | <input type="checkbox"/> altro..... |

per il trasferimento dalla sede di.....  
alla sede di.....

Firma per consegna \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

L'operatore CRI consegna al il Sig./Dott.

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Cognome

Del centro di trapianto . \_\_\_\_\_

Della Banca delle cornee

Firma per consegna \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

Il referente della CRI si impegna ad inviare il modulo completo in tutte le sue parti  
al **CRT Sicilia** n. di fax **091-6663830** o e-mail **coordinamento@crt Sicilia.it**

