

SOLICITAÇÃO Nº: _____
 (preenchido pelo BTME)

DATA: ____/____/____

DADOS DO PROFISSIONAL TRANSPLANTADOR AUTORIZADO PELA CGSNT		
Cirurgião:		
CRM/CRO:	RG:	CPF:
Endereço do consultório/clínica:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:	Celular:	Fax:
E-mail do cirurgião:		
_____ Carimbo e Assinatura do Cirurgião Responsável		

DADOS DA SOLICITAÇÃO		
Diagnóstico/Cirurgia:		
Tecido solicitado/Quantidade/Medida/Especificações:		
Data prevista da cirurgia:	Hora:	
Data prevista para retirada do tecido no BTME:	Hora:	
Local da cirurgia:	Convênio:	
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:

DADOS DO PACIENTE (Campos obrigatórios de acordo com a Portaria nº 2.600 – 21/10/2009)			
Nome completo do paciente:			
RG:	CPF:	Sexo: ()F ()M	Data de nascimento:
Endereço:			
Cidade:	Estado:	CEP:	
Telefone:	Celular:		

TERMO DE ACEITAÇÃO (as informações do receptor são importantes, menores de 18 anos o responsável deve assinar)
<p>Através deste, tomo consciência de que o enxerto ósseo homólogo (osso humano de outra pessoa) a ser utilizado na reparação ou reconstrução de minha patologia óssea foi submetido aos mais rigorosos testes de controle sorológicos e bacteriológicos, com a finalidade de se evitar a transmissão de doenças.</p> <p>Entendo também que em alguns pacientes pode não haver total incorporação de enxerto ao foco de reparação, uma vez que fatores independentes da qualidade do enxerto de banco podem influenciar a integração do mesmo.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do (a) paciente</p>

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO BTME		Nº do laudo:
Tecido liberado:	Peso:	Lote:
Tecido liberado:	Peso:	Lote:
Tecido liberado:	Peso:	Lote:
Tecido liberado:	Peso:	Lote: