

IDENTIFICAÇÃO

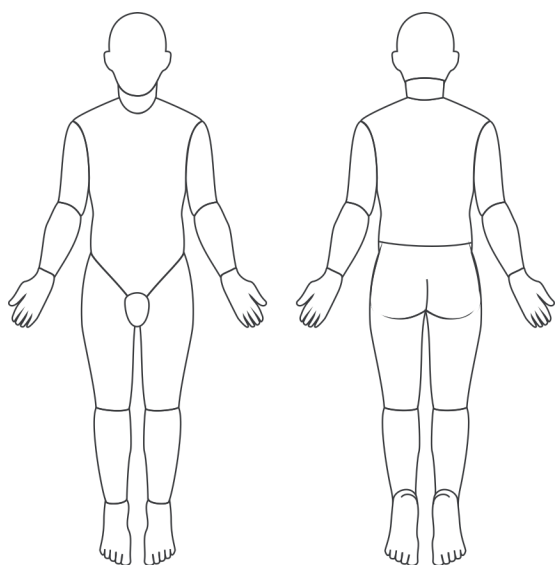
Nome do Paciente: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F
 Endereço: _____
 Cirurgião Transplantador: _____
 Especialidade: _____ Tel.: _____ Celular: _____
 Nº SNT do Cirurgião: _____ Nº SNT da Instituição: _____
 Local do Procedimento: _____ Estado: _____ Tel. Instituição: _____
 Prontuário: _____ Data provável do Procedimento: ____/____/____
☐ A agendar quando estiver disponível Hora provável do Procedimento: ____:____

DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico: _____ CID: _____
 Indicação para uso do tecido: _____

Peso: _____ kg Altura: _____ m Área de superfície corporal acometida (estimada): _____ %

Marque no diagrama a área acometida a ser tratada (com o tecido solicitado para um procedimento)



QUANTIDADE DE PELE SOLICITADA

_____ cm²

Carimbo e Assinatura do Cirurgião Transplantador

Data da Solicitação: ____/____/____.

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ÔNUS PELO TECIDO
(para requisições externas)

Eu, _____, cirurgião, inscrito(a) no CRM sob o nº _____ e lotado(a) no _____ (Nome da Instituição), declaro, sob as penas da lei, **que receberei, sem qualquer ônus**, do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, os produto(s) a ser(em) liberados nessa requisição, a ser(em) implantado(s) no paciente _____.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Carimbo e Assinatura do Cirurgião Transplantador

REQUISIÇÃO INTERNA

1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 24h, salvo em casos de urgência.
2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Cutâneo e Termo de Consentimento.

REQUISIÇÃO EXTERNA

1. A solicitação de enxerto deverá ser realizada com antecedência mínima de 7 dias úteis.
2. Documentação necessária: Requisição de Tecido Cutâneo; Termo de Consentimento e Xerox do documento do receptor (RG, CPF e Filiação) - Menor de idade deverá apresentar documentação do responsável.
3. Devolução da Requisição de Tecido Cutâneo etiquetada no verso.

A SER PREENCHIDO PELO BANCO DE TECIDOS

LIBERAÇÃO DAS LÂMINAS DE PELE ALÓGENAS PARA TRANSPLANTE
(nº do produto / lote / tamanho / peso)

1 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
2 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
3 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
4 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
5 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
6 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
7 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
8 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
9 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
10 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²

11 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
12 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
13 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
14 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
15 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
16 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
17 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
18 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
19 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²
20 - Lote _____ Produto _____ Área _____ cm²

Data e hora da Liberação: ____/____/____ ____:____

Carimbo e Assinatura (Resp. Técnico Banco de Tecidos)

QUANTIDADE DE PELE LIBERADA

_____ cm²

Etiquetas para Rastreabilidade:

Das três etiquetas enviadas junto ao(s) produto(s):

- uma etiqueta deve ser colada no prontuário do paciente;
- uma etiqueta deve ser colada na folha de consumo;
- uma etiqueta deve ser colada neste campo.

Etiquetas para Rastreabilidade:

Das três etiquetas enviadas junto ao(s) produto(s):

- uma etiqueta deve ser colada no prontuário do paciente;
- uma etiqueta deve ser colada na folha de consumo;
- uma etiqueta deve ser colada neste campo.

