

Datos del Receptor:

Nombres y Apellidos: _____

Cédula Identidad: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____

Teléfonos: _____

Nº de Historia Clínica: _____

Diagnóstico: _____

Código CIE 10 _____

CODIGO DEL DONANTE
 PARA USO EXCLUSIVO DEL
 BANTEC

Afliado a: **IESS** **ISSFA** **ISSPOL** **Otros:**

Datos del Establecimiento de Salud solicitante:

Fecha de Solicitud: _____

Nombre del Establecimiento: _____

Servicio o Unidad: _____

Fecha de la cirugía: _____ Hora de la cirugía: _____

Tejido solicitado:

Tejido Osteo Muscular Ligamentoso TOML			
	CANTIDAD	Cantidad (gramos)	CANTIDAD
Cabeza Femoral Grande completa	<input type="text"/>	Chips óseos	<input type="text"/>
Cabeza Femoral Mediana completa	<input type="text"/>	Hueso esponjoso	<input type="text"/>
Cabeza Femoral Pequeña completa	<input type="text"/>	Hueso (polvo)	<input type="text"/>
Cabeza Femoral Fragmentada	<input type="text"/>	Calota ósea	<input type="text"/>

POR FAVOR DETALLE MAS CARACTERISTICAS DEL TEJIDO (según los requerimientos de su paciente)

	CANTIDAD
Tendón Aquileano:	<input type="text"/>
Tendón Extensor:	<input type="text"/>
Tendón Flexor:	<input type="text"/>
Tendón Rotuliano:	<input type="text"/>
Tendón Tibial anterior:	<input type="text"/>
Tendón Tibial posterior:	<input type="text"/>
Otros Tendones:	<input type="text"/>
Meseta tibial:	<input type="text"/>
Menisco:	<input type="text"/>
Cóndilos:	<input type="text"/>
Otros Tejidos:	<input type="text"/>

Membrana amniótica

Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad
1.5x1.5cm	<input type="text"/>	2x2cm	<input type="text"/>	4x4cm	<input type="text"/>	10x20cm	<input type="text"/>	20x20cm	<input type="text"/>
Otro tamaño:									

Esclera

Cantidad

Observaciones: _____

Nombre Médico Responsable de la cirugía: _____

Firma Médico Responsable de la cirugía: _____

Sello del médico responsable de la cirugía: _____