



### A.18 Formulario Solicitud de Tejidos

Fecha
Código

**Datos del Receptor:**

Nombres y Apellidos:

Cédula Identidad:

Edad:                      Fecha de nacimiento:

Sexo:

Teléfonos:

Diagnóstico:

MSPyBS.... IPS..... Privado ..... otros...

**Datos del Establecimiento de Salud solicitante:**

Fecha de Solicitud:

Nombre del Establecimiento:

Servicio o Unidad:

Fecha del Implate:

**TEJIDO SOLICITADO:**

**Tejido Osteo Muscular Ligamentoso TOML**

	Cantidad		Cantidad (Gramos)
Cabeza Femoral Grande completa		Chips óseos	
Cabeza Femoral Mediana completa		Hueso esponjoso	
Cabeza Femoral Pequeña completa		Hueso (polvo)	
Cabeza Femoral Fragmentada			
Plaqueta ósea			

**Corneas**

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

	CANTIDAD
Tendón Aquileano:	
Tendón Extensor:	
Tendón Flexor:	
Tendón Rotuliano:	
Tendón Tibial anterior:	
Tendón Tibial posterior:	
Otros Tendones:	
Meseta tibial:	
Menisco:	
Cóndilos:	
Otros Tejidos:	

**Membrana amniótica**

Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad
1.5x1.5cm		2x2cm		4x4cm		10x20cm		20x20cm	

Otro tamaño: .....

Cantidad

Observaciones:

Nombre Médico Responsable de la cirugía: \_\_\_\_\_

Firma Médico Responsable de la cirugía: \_\_\_\_\_

Sello del médico responsable de la cirugía: \_\_\_\_\_