



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 Implante:

TEJIDO SOLICITADO:

Tejido Óseo Muscular Ligamentoso TOML

Cabeza Femoral Grande completa
Cabeza Femoral Mediana completa
Cabeza Femoral Pequeña completa
Cabeza Femoral Fragmentada
Plaqueta ósea

Cantidad

Chips óseos
Hueso esponjoso
Hueso (polvo)

Cantidad (Gramos)

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	<input type="text"/>	2x2cm	<input type="text"/>	4x4cm	<input type="text"/>	10x20cm	<input type="text"/>	20x20cm	<input type="text"/>

Otro tamaño:

Cantidad

Observaciones:

Nombre Médico Responsable de la cirugía: _____

Firma Médico Responsable de la cirugía: _____

Sello del médico responsable de la cirugía: _____