



Banco de origen:	Comunidad de Madrid	Castilla la Mancha	Castilla y León
------------------	---------------------	--------------------	-----------------

Hospital

Hospital y servicio asistencial		Indicación Médica
Dirección de entrega		Cliente para facturación
Fecha de la cirugía	Persona de contacto en cirugía	Teléfono / Email

Pegatina injerto

Código

SEC

Pegatina paciente

NHC:

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad Estatura Peso

Aloinjerto

DBM Putty	Sticky Bone
Volumen (ml): ☐ 1 ☐ 2,5 ☐ 5 ☐ 10	☐ Granulado esponjoso (0,25 – 1 mm) ☐ Granulado córtico esponjoso (0,25 – 1 mm) ☐ Granulado XS (<0,25) Volumen (cc/ml): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 5 ☐ 10
Asegurado y Sociedad Médica	Póliza y Número de Autorización
Requerimientos adicionales	

Población	, a	Fecha	Cirujano Titular/Responsable del Implante	Firma
-----------	-----	-------	---	-------