

# ALOINJERTO

## Congelado

### Trasplantes complejos



Banco de origen: Comunidad de Madrid Castilla la Macha

Hospital .....

Servicio Asistencial .....

Dirección de entrega .....

Fecha de entrega //

Cliente para facturación .....

Nº de historia clínica ..... Hombre  Mujer  Edad  Estatura ..... Peso .....

Indicación médica .....

Fecha de la cirugía //

Persona de contacto en cirugía .....

Tlf: ..... Correo: .....

Pegatina identificación tejido .....

Pegatina identificación paciente .....

#### Aloinjertos

##### Tendones sin pastilla ósea

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Semitendinoso           | <input type="checkbox"/> Semimembranoso             |
| <input type="checkbox"/> Grátilis                | <input type="checkbox"/> Peroneo largo              |
| <input type="checkbox"/> Tibial anterior         | <input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles          |
| <input type="checkbox"/> Tibial posterior        | <input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles bisecado |
| <input type="checkbox"/> Flexor largo del Hállux |   |

Longitud (mm): .....

Diámetro (mm): .....

##### Tendones con pastilla ósea

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ligamento rotuliano completo | <input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles          |
| <input type="checkbox"/> Ligamento rotuliano bisecado | <input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles bisecado |

Longitud (mm): .....

Ancho pastilla (mm): .....

Dimensiones interpastilla (mm): .....

##### Meniscos

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Rodilla                            | Posición                         |
| <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Lateral |
| <input type="checkbox"/> Derecha   | <input type="checkbox"/> Medial  |

Longitud AP (mm): .....

Longitud ML (mm): .....

Lado (mm): .....

\* Tenga en cuenta que los tamaños están disponibles bajo pedido. Contacte con Silverstein Medical para más información. La disponibilidad del injerto solicitado será confirmada; en caso de no estar disponible, se ofrecerán alternativas si las hubiera.

Asegurado y Sociedad Médica: .....

Póliza y Nº de Autorización: .....

Requerimientos adicionales: .....

Población , a Fecha Cirujano Titular / Responsable del implantes Firma

Silverstein Medical SL C/Francisco Alonso Nº2 28660, Centro Empresarial Municipal, Boadilla del Monte, Madrid, España

+34 91 816 3958 | compras@silverstein.es | www.silverstein.es

Cells+ TissueBank Austria gemeinnützige Gmgh Magnesitstraße 1 A-3500 Krems an der Donau

+43 2732 - 7695420 | office@ctba.at | www.ctba.at



Formulario de tejidos

2026 V1