

**RQ – REGISTROS DA QUALIDADE**Versão:
01Equipe Gestora do
Banco de Tecidos

Solicitação de tecido ósseo

RQ - BCO – 067

DADOS DO CIRURGIÃO		
Nome completo:		
Especialidade:	CRM:	
CPF:	Cadastro SNT nº:	
Endereço completo:		
Email do Cirurgião:	Telefone:	
Data prevista para a cirurgia:		
Procedimento a ser realizado:		
Indicação terapêutica:		
ENDEREÇO PARA ENVIO DO TECIDO		
Nome do Hospital:	Cadastro SNT nº:	
End.:		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Estado:	Telefone:
Pessoa para contato:		
TECIDOS SOLICITADOS: ósseo <input type="checkbox"/> pele <input type="checkbox"/> tendão <input type="checkbox"/>		
Características (cubo, picado, moído, em tábua, etc):		
Quantidade (em gramas ou área):		
DATA DA SOLICITAÇÃO:		

Nota: O cirurgião solicitante se compromete a preencher e enviar o formulário RQ BCO 069 no prazo máximo de 30 (trinta) dias do transplante, principalmente quanto à intercorrências cirúrgicas e reações adversas pós operatórias relativas aos enxertos solicitados.

CIRURGIÃO SOLICITANTE (assinatura e carimbo)

DADOS DO RECEPTOR (campos obrigatórios de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4 (MS) e RDC 55/2015 ANVISA)		
Nome completo:		
CPF:	RG:	
Data Nascimento:	Sexo:	
Endereço:	nº:	
Cidade:	Estado:	CEP:
Nome da Mãe:		

Enviar o **Termo de Consentimento** assinado pelo paciente.