

DADOS CADASTRAIS DO RECEPTOR DE TECIDO PARA RASTREABILIDADE

Colar etiqueta de rastreabilidade do tecido (se necessário usar também o verso)

Nome completo receptor:		
CPF:	Data nascimento:	
Sexo: () Masculino () Feminino		
Endereço:	nº	
Complemento:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:		
Cirurgião:	Cadastro	
Procedimento Realizado:		
Data da cirurgia:		
Tecido Utilizado e gramas/área:		
Efeitos Adversos relacionados ao tecido: () SIM()NÃO Se SIM, quais:		
Reações adversas relacionadas ao tecido: : () SIM()NÃO Se SIM, quais:		

CARIMBO E ASSINATURA / CRM _____

Cirurgião Responsável

Este documento deve ser devolvido ao Banco de Tecidos do HC-FMRP-USP em até 30 dias após o transplante do tecido. Caso ocorram reações ou efeitos adversos relacionados ao uso do tecido após essa data, entrar em contato com o Banco de Tecidos do HC-FMRP-USP (bco.tecidos@hcrp.usp.br) ou pelo telefones: (16) 3605-3772/3605-3773.