ASL PESCARA
Ospedale "Spirito Santo"
Dipartimento Oncologico Ematologico
Banca Regionale Sangue Cordone Ombelicale
Responsabile: Dott.ssa T. Bonfini
Tel. 085-4252374 Fax 085-4252265
e-mail: pescaracbb@ausl.pe.it -
Organizzazione con Sistema Gestione per la Qualità certificata secondo UNI EN ISO 9001:2015– Reg. N° 4268 A

MODULO DI RICHIESTA CONSULENZA BANCA SCO

Ordinaria ☐ **Urgente** *(solo in caso di effettiva necessità)* ☐

CdR _____

Cognome/Nome Donatrice_____ Data di Nascita_____

Tel: _____ cell: _____

Ginecologo di riferimento _____

Settimane di gestazione _____ Data presunta del parto _____

QUESITO_____

_____

_____

_____

_____

Allegati: Anamnesi ☐
Referti diagnostici ☐
Altro ☐

Data____/____/____ Il Referente del CdR_____

Inviare la richiesta al seguente N°di Fax : 085-4252265

N.B.: le richieste urgenti verranno evase il prima possibile; le richieste ordinarie entro 5 giorni lavorativi; le richieste inerenti la conservazione per uso autologo/dedicato per patologie non ricomprese nell'elenco approvato dal GITMO necessitano di parere della Commissione Nazionale che prevede tempi di risposta di 30 giorni.

A cura della Banca SCO

☐ Consulenza Valutata
☐ Richiesta consulenza specialistica
☐ Richiesta ulteriore documentazione
☐ Richiesto parere alla Commissione Nazionale

PARERE/OSSERVAZIONI_____

_____

_____

_____

Data ____/____/____ Il Medico della Banca SCO_____