

Certificazione prelievo di organi

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
(QUALIFICA) _____ Matricola _____,
dell'Azienda Ospedaliera _____ di _____

visto il verbale di accertamento della morte, redatto secondo quanto previsto dalla legge 29/12/1993 n. 578 e dal D.M. Sanità 11/04/2008

preso atto che sono state adempiute tutte le disposizioni di cui alla Legge 1 aprile 1999 n° 91 in merito alla non opposizione alle operazioni di prelievo di organi e tessuti,

Certifica che

il giorno ____ del mese di _____ dell'anno _____ alle ore ____:____ nei locali del blocco operatorio dell'Azienda Ospedaliera _____ di _____, si è proceduto sul cadavere del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il ____/____/____,

al prelievo a scopo di trapianto terapeutico di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuore | <input type="checkbox"/> Fegato |
| <input type="checkbox"/> Rene destro | <input type="checkbox"/> Rene sinistro |
| <input type="checkbox"/> Polmone destro | <input type="checkbox"/> Polmone sinistro |
| <input type="checkbox"/> Pancreas | <input type="checkbox"/> Intestino |
| <input type="checkbox"/> Cornea destra | <input type="checkbox"/> Cornea sinistra |
| <input type="checkbox"/> Cute | |

Firma
