

Az. Osp. – Univ. Pisana	<b>BIOBANCA BMS – UO BIOBANCHE</b> <b>MODULO ACCOMPAGNAMENTO MATERIALE BIOLOGICO</b>	T.04 /DOA11  Rev. 04 del 27/09/2023  Pag. 1 di 1
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

**( Parte 1) IDENTIFICAZIONE PAZIENTE/DONATORE (da compilare da parte di chi effettua il prelievo)**

***Il presente modulo deve sempre accompagnare il materiale biologico destinato alla conservazione presso la Biobanca BMS***

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

**Codice Studio Clinico /Protocollo :** \_\_\_\_\_

Tipologia di campioni	Quantità (indicare n° provette/volume/n° pezzi istologici)	Tipo di contenitore	Temperatura prima dell'invio alla Biobanca
<input type="checkbox"/> SANGUE INTERO PER <b>SIERO</b>		<input type="checkbox"/> clot-activator <input type="checkbox"/> gel separatore	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> 2°-8° <input type="checkbox"/> -20° <input type="checkbox"/> -80° <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> SANGUE INTERO PER <b>PLASMA E/O BUFFYCOAT</b>		<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> citrato <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> 2°-8° <input type="checkbox"/> -20° <input type="checkbox"/> -80° <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> SALIVA		<input type="checkbox"/> salviette	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> 2°-8° <input type="checkbox"/> -20° <input type="checkbox"/> -80° <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> TESSUTO		<input type="checkbox"/> contenitore in sol. fisiologica	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> 2°-8° <input type="checkbox"/> -20° <input type="checkbox"/> -80° <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> 2°-8° <input type="checkbox"/> -20° <input type="checkbox"/> -80° <input type="checkbox"/> altro _____

*Per i campioni di tessuto indicare (se applicabile):*

**Warm ischemia** (*inizio-data/ora*) \_\_\_\_\_ (*fine-data/ora*) \_\_\_\_\_

**RESPONSABILE PRELIEVO**

Data e ora prelievo \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**U.O./S.O.D. / Reparto /** \_\_\_\_\_ **Ospedale** \_\_\_\_\_

**Timbro della struttura**

**( Parte 2) DA COMPILARE DA PARTE DELLA BIOBANCA**

Data e ora di arrivo del materiale biologico : Il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Campioni conformi**

**Campioni non conformi**

NOTE IN CASO DI NON CONFORMITA', RIFERIRSI AL MODULO T.10.2/PG10.2 "Rilevazione e trattamento delle Non Conformità (NC) ed azioni correttive".

**RESPONSABILE ACCETTAZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(Timbro della struttura)