



Banco de Tejidos Oculares CUCAIBA

Fecha de la solicitud

Nº PD

OP8

Día

Mes

Año

Hora

Nº Registro de Córnea

**RETIRA
CORNEA**

Derecha

Izquierda

Establecimiento que retira :

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nro de Equipo de Trasplante:

Médico a cargo
del trasplante

Datos del receptor :

Nombre y apellido:

Tipo y número
de Documento

Persona autorizada a retirar :

Nombre y apellido:

Tipo y número
de Documento

Teléfono:

Marca del vehículo:

Modelo:

Dominio:

Firma y aclaración / sello del Jefe o Subjefe
de equipo solicitante

Datos de
la Entrega

Día

Mes

Año

Hora

Firma y aclaración/sello
de personal de CUCAIBA

Firma y aclaración/sello
de quien retira

- Cuando el Jefe o Subjefe de Equipo reciba la córnea debe comunicarse inmediatamente con el Banco de Tejidos Oculares del CUCAIBA para dar aviso de la recepción de la misma, mediante cualquiera de las vías de comunicación consignadas en el presente formulario.
- Al ser retirada la córnea, el profesional se compromete a entregar al Banco dentro de los 7 (siete) días posteriores a la **QUERATOPLASTIA**, el Certificado de Entrega y el **BOTON CORNEAL** del receptor cuando se trate de una **URGENCIA**.
- Asimismo se compromete a devolver la córnea dentro de las 24 (veinticuatro) horas en caso de no poder realizar el trasplante. Explicitar los motivos en nota enviada al Banco.
- Estudio bacteriológico de limbo esclerocorneal del donante en curso al momento de la entrega del tejido se informará al Centro cualquier novedad con respecto al mismo.

Banco de Tejidos Oculares de CUCAIBA



221 422-3516



0-800-222-0101 Int. 305



bancodecorneas@cucaiba.gba.gov.ar