

Italian Bone Marrow Donor Registry
Form C2_1 (V1 1/2 apr. 2007)
 n° : _____ Data: ___/___/___



*- Trasporto linfociti -
 Piano di viaggio
 del corriere*

Da compilarsi a cura del corriere

DATI PAZIENTE:		DATI DONATORE:	
Codice Paziente:		Codice donatore:	
Paziente (Nome e Cognome):			

DATI RACCOLTA LINFOCITI:

Data della raccolta:	Data e ora di pick-up:
----------------------	------------------------

DATI CORRIERE:

Corriere (Nome e Cognome):	
Cittadinanza:	Carta di identità n°:
Telefono h. 24:	

SISTEMAZIONE ALBERGHIERA (se prevista):

<p>Il corriere necessita di prenotazione alberghiera. Vi chiediamo cortesemente di prenotare una stanza per n°notti con arrivo il</p> <p>Il corriere non necessita di prenotazione alberghiera. Il corriere sarà rintracciabile presso il seguente recapito (specificare indirizzo e telefono):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

PIANO DI VIAGGIO VERSO IL CENTRO DI RACCOLTA:

Mezzo utilizzato:	aereo	treno	autoveicolo	
Volo/Treno n°:	Da:	A:	Partenza – Data e ora	Arrivo – Data e ora



*- Trasporto linfociti -
Piano di viaggio
del corriere*

DATI PAZIENTE:

DATI DONATORE:

Paziente:	Codice donatore:
-----------	------------------

PIANO DI VIAGGIO VERSO IL CENTRO TRAPIANTI

Mezzo utilizzato:		aereo	treno	autoveicolo	
Volo/Treno n°:	Da:	A:	Partenza – Data e ora	Arrivo – Data e ora	

PIANO DI BACK-UP VERSO IL CENTRO TRAPIANTI

Mezzo utilizzato:		aereo	treno	autoveicolo	
Volo/Treno n°:	Da:	A:	Partenza – Data e ora	Arrivo – Data e ora	

DATI CONSEGNA DEL PRODOTTO

Data e ora previsti per la consegna dei linfociti raccolti

NOTE PARTICOLARI

.....

Completato da:	
Firma:	Data: