



TELÈFON / FAX **932 00 59 53 - 902 10 50 95**

Català

El/la sotasignat. Nom.....Cognoms.....
DNI.....domiciliat al carrer.....núm. porta.....
de la població..... C.P..... telèfon.....
AUTORITZA: En qualitat de (*parentiu*)....., i amb coneixement de l'absència d'oposició expressa, en conformitat a la Llei espanyola 30/1979 de 27 d'octubre, i al RD L9/2014, de 4 de juliol, sobre donació de teixits, a fer donació al **Banc d'Ulls per a Tractaments de la Ceguesa** dels globus oculars de Nom.....Cognoms.....
de.....anys d'edat i difunt/a, a les.....hores, a la població de.....
a.....Per tal que puguin ser utilitzats en operacions d'empelt de còrnia, humor vitri o altres finalitats científiques, a fi de retornar la vista a un cec.

Castellano

El/la abajo firmante, Nombre.....Apellidos.....
DNI.....domiciliado en la calle.....nº. pta.....
de la población..... C.P..... telefono.....
AUTORIZA: En calidad de (*parentesco*)....., y con conocimiento de la ausencia de oposición expresa, en conformidad con la Ley española 30/1979 de 27 de octubre, y con el RD L9/2014, de 4 de julio, sobre donación de tejidos, a hacer donación al **Banco de Ojos para Tratamientos de la Ceguera** de los globos oculares de Nombre.....Apellidos.....de.....años y difunto/a, a las.....horas, en la población de.....
en..... para que puedan ser utilizados en operaciones de trasplante de cornea, humor vítreo u otras finalidades científicas, con el fin de devolver la vista a un ciego.

A/En.....el.....de.....de 2015

Documentació tramitada per:

Signatura de la persona que autoritza:

HISTORIAL MÈDIC BÀSIC	SI	DATA
Cirurgia ocular		(Data aprox.)
Tatuatges		(Data aprox.)
Pírcings		(Data aprox.)
Viatges països risc		(Data aprox.)
Transfusió sanguínia (últims 6 mesos)		(Data aprox.)
Pressa de immunosupressors		(Data aprox.)
CAUSES D'EXCLUSIÓ ABSOLUTA	SI	EXCLUSIÓ ABSOLUTA
Temps mort + 8 / 10 hores		(exclou la donació)
Causa de mort desconeguda		(exclou la donació)
Shock sèptic		(exclou la donació)
VIH (SIDA)		(exclou la donació)
VHB, VHC (Hepatitis B o C)		(exclou la donació)
Infeccions víriques		(exclou la donació)
Malalties del SNC (Creutzfeldt-Jacob...)		(exclou la donació)
Alzheimer certificat		(exclou la donació)
Tumors intraoculars		(exclou la donació)
Formes blàstiques de leucèmia		(exclou la donació)
Tumor maligne teixit limfàtic		(exclou la donació)