



**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE  
ROMA G**

Direzione Sanitaria Aziendale  
Coordinamento Locale per la  
donazione e il prelievo di  
organi e tessuti

## **VERBALE DI PRELIEVO CORNEE/BULBI OCULARI A SCOPO DI TRAPIANTO**

Ai sensi dell'art. 1 e art. 6 del DMS 22 agosto 1994 n. 582, ( " Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte"), della Legge 12 agosto 1993 n.° 301 ( " Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea" ) della Legge 29 dicembre 1993, n.° 578 ( " Norme per l'accertamento e la certificazione di morte") e della Legge 1 aprile 1999 n.° 91 ( " Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti" ) il sottoscritto Medico Prelevatore dichiara di aver preso atto che sono state adempiute tutte le prescrizioni di legge e in particolare che è stato compilato il Certificato di morte, che non sussiste impedimento da parte della Autorità Giudiziaria e da parte dei parenti aventi titolo.

E' stato praticato nel cadavere di .....

Deceduto il ..... alle ore.....

Causa del decesso.....

Data del prelievo..... alle ore.....

Il Prelievo di.....

Ospedale di provenienza.....

Medico prelevatore.....

**Il Medico Prelevatore**

.....

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA G**  
Via Tiburtina, 22/A - 00019 Tivoli RM

Corso Garibaldi, 7 - 00034 Colferro RM  
tel.: 06.97223437 - fax: 06.97223436  
C.F. Part. IVA 04733471009  
info@aslrmg.fbhe.it  
www.aslromag.it



**Regione Lazio**



.....li.....