

## TILLVARATAGANDERAPPORT AUTOLOG DONATION, BENLAMBÅ

### DONATORSUPPGIFTER:

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

### TILLVARATAGANDE: (Ansvarig neurokirurg beslutar om tillvaratagande av benlambå)

DATUM/KLOCKSLAG för tillvaratagande: \_\_\_\_\_ Opsal: \_\_\_\_\_  
(Utgångsdatum är 2 år efter tillvaratagande)

Ansvarig kirurg: \_\_\_\_\_

Föreskriven kontroll av patientens identitet mot ovanstående patientuppgifter samt provtagningsrörens etiketter  
intygas. ID-kontroll och provtagning utförd av: Signatur: \_\_\_\_\_

Samtycke:  Ja  Nej Kommentar: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_

Batchnummer Väteperoxid: \_\_\_\_\_ Batchnummer Ringer: \_\_\_\_\_

Batchnummer 70% etanol: \_\_\_\_\_ Batchetikett Steril burk:  
*Klistra etikett här alt. på baksidan av rapporten*

Kommentar: \_\_\_\_\_

### ANALYSRESULTAT SMITTSCREENING: (Ifylles av Cell och Vävnadslab)

Provsvar Datum \_\_\_\_\_ Prov nr: \_\_\_\_\_ Sign: \_\_\_\_\_

**HBsAg**  Neg  Pos **Anti HBc**  Neg  Pos

**HIV antikropp**  Neg  Pos **Hepatit C**  Neg  Pos **Syfilis**  Neg  Pos

### IMPLANTATION:

Vävnad åter till patient:

Datum: \_\_\_\_\_ Ansvarig kirurg: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_

Ev. kommentarer: \_\_\_\_\_

### KASSATION:

Beslut om kassation av vävnad: Orsak: \_\_\_\_\_

Ansvarig kirurg: \_\_\_\_\_

Kassation av vävnad: Datum: \_\_\_\_\_ SIGN 1: \_\_\_\_\_ SIGN 2: \_\_\_\_\_