

# TILLVARATAGANDERAPPORT

## Serologi och PCR

Benvävnad

Donation från levande donator av ben för allogen transplantation

## VÄVNAD SINRÄTTNINGEN FÖR BEN

Enhet: \_\_\_\_\_

VÄVNADENS KODNUMMER (SEC):

(plats för etikett)

Donators namn och personnummer

Samtycke och hälsodeklaration stödjer att bendonation kan genomföras <input type="checkbox"/>		<b>Blodgrupp/Rh:</b>
Ovanstående fylls i och signeras av benbanksansvarig eller ansvarig operationssköterska före ingreppet.		
<b>Signatur:</b>		
<b>Namn på läkare ansvarig för tillvaratagandet:</b>		
<b>Namn på ansvarig operationssköterska vid tillvaratagandet:</b>		
Donatorns identitet styrkt med id-band <input type="checkbox"/>	<b>Signatur:</b>	
<b>Operationsdatum:</b>	<b>Opsal:</b>	
Skelettdel: <b>Caput femoris</b>	<b>Osteotomi klockan:</b>	<b>Storlek:</b>
	<b>Burk placerad i frys klockan:</b>	<input type="checkbox"/> litet <input type="checkbox"/> mellan <input type="checkbox"/> stort
<b>Standardförfarande<sup>1</sup></b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om <b>Nej</b> beskriv:		
<b>Tillverkare och batch/lotnummer koksaltlösning:</b> (plats för ev. etikett)	<b>Tillverkare och batch/lotnummer förvaringsburk:</b> (plats för ev. etikett)	
<b>Avvikande händelse vid tillvaratagande</b>	Ja <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om <b>Ja</b> , specificera:		
<b>Fullföljt tillvaratagandet</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om <b>Nej</b> , ange orsak:		
<b>Signeras av ansvarig operationssköterska eller läkare:</b>		

1. Rensat från mjukdelar, högtrycksspolat med steril koksaltlösning samt bakterieodling enligt lokal rutin.

2. Allvarlig avvikande händelse ska rapporteras till medicinskt ansvarig för vävnadsinrättningen vid enhet företrädesvis på IVOs blankett SOSFS 2013:14 Bilaga 3.

# TILLVARATAGANDERAPPORT

## Serologi och PCR

Benvävnad

Donation från levande donator av ben för allogen transplantation

VÄVNAD SINRÄTTNINGEN FÖR BEN

<b>VÄVNADENS KODNUMMER (SEC):</b> (plats för etikett)			
<b>Serologi och PCR provtagning</b> Medger användning upp till 5 år från tillvaratagandet	<b>Provtagningsdatum:</b>		<b>Provtagarens namn och signatur:</b>
<b>Resultat</b> (markera med x) Fylls i och signeras av benbanksansvarig ssk	<b>Negativ</b>	<b>Positiv</b>	<b>Signatur</b>
<b>Anti-HIV1 och anti-HIV2</b>			
<b>HBsAg</b>			
<b>Anti-HBc</b>			
<b>Anti-HCV</b>			
<b>Treponema screening</b>			
<b>Anti-HTLV I och II<sup>3</sup></b>			
<b>PCR HIV</b>			
<b>PCR Hepatit B</b>			
<b>PCR Hepatit C</b>			
<b>Bakterieodling</b>			
<b>Covid-19 test</b>			
<b>Godkänd för användning<sup>4</sup></b> Dateras och signeras av läkare eller benbanksansvarig ssk	<b>JA</b> <input type="checkbox"/>	<b>NEJ</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ev. kommentar</b>
	<b>Datum</b>	<b>Signatur</b>	<b>Namn</b>
<b>Utgångsdatum</b> 180 dagar efter tillvaratagandet			
<b>Kassering<sup>5</sup></b> Dateras och signeras av benbanksansvarig ssk	<b>Datum</b>	<b>Signatur</b>	<b>Orsak:</b>

3. Ingår som standard i VGR men enligt SOSFS 2009:30 krävs det endast på donator från högriskområden eller de som har/haft kontakt med person därifrån.
4. Godkänns endast om alla provsvar är negativa. Godkännandet gäller för förvaring och användning inom 5 år från tillvaratagandet. Förpackningen med godkänd benvävnad OK-märks och flyttas till avdelning för godkänd vävnad i frysen. Icke godkänd benvävnad kasseras.
5. Kassering sker enligt lokal rutin för avfallshantering.