

TILLVARATAGANDERAPPORT

Serologi

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"/>		Blodgrupp/Rh:
Ovanstående fylls i och signeras av benbanksansvarig eller ansvarig operationssköterska före ingreppet.		
Signatur:		
Namn på läkare ansvarig för tillvaratagandet:		
Namn på ansvarig operationssköterska vid tillvaratagandet:		
Donators identitet styrkt med id-band <input type="checkbox"/>	Signatur:	
Operationsdatum:	Opsal:	
Skelettdel: Caput femoris	Osteotomi klockan:	Storlek:
	Burk placerad i frys klockan:	<input type="checkbox"/> litet <input type="checkbox"/> mellan <input type="checkbox"/> stort
Standardförfarande¹	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Nej beskriv:		
Tillverkare och batch/lotnummer koksaltlösning: (plats för ev. etikett)	Tillverkare och batch/lotnummer förvaringsburk: (plats för ev. etikett)	
Avvikande händelse vid tillvaratagande	Ja ² <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja , specificera:		
Fullföljt tillvaratagandet	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Nej , ange orsak:		
Signeras av ansvarig operationssköterska eller läkare:		

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

Benvävnad

Donation från levande donator av ben för allogen transplantation

VÄVNAD SINRÄTTNINGEN FÖR BEN

VÄVNADENS KODNUMMER (SEC): (plats för etikett)			
Covid-19 test och Serologiprovtagning Medger användning inom 180 dagar från tillvaratagandet	Provtagningsdatum:		Provtagarens namn och signatur:
Resultat (markera med x) Fylls i och signeras av benbanksansvarig ssk	Negativ	Positiv	Signatur
Anti-HIV1 och anti-HIV2			
HBsAg			
Anti-HBc			
Anti-HCV			
Treponema screening			
Anti-HTLV I och II³			
Bakterieodling			
Covid-19 test			
Godkänd för användning⁴ Dateras och signeras av läkare eller benbanksansvarig ssk	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	Ev. kommentar
	Datum	Signatur	Namn
Utgångsdatum 180 dagar efter tillvaratagandet			
Kassering⁵ Dateras och signeras av benbanksansvarig ssk	Datum	Signatur	Orsak:

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 180 dagar 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.