

TILLVARATAGANDERAPPORT AUTOLOG DONATION, BENLAMBÅ

DONATORSUPPGIFTER:

Namn: _____

Personnummer: _____

TILLVARATAGANDE: (Ansvarig neurokirurg beslutar om tillvaratagande av benlambå)

DATUM/KLOCKSLAG för tillvaratagande: _____ Opsal: _____

Ansvarig kirurg (signatur): _____

Patientens identitet styrkt med ID-band Sign: _____

Samtycke: Ja Nej Förmodat samtycke Signatur: _____

Kommentar: _____

Väteperoxid, batchnr: _____ Ringer, batchnr: _____ NaCl, batchnr: _____

70% etanol, batchnummer: _____ Steril burk, batchnummer: _____

Klistra etikett här alt. på baksidan av rapporten

Avvikande händelse vid tillvaratagande¹: _____

BLODPROVTAGNING FÖR SMITTSCREENING: (Utförs i samband med tillvaratagandet av vävnaden)

ID-kontroll och provtagning utförd: Ja Nej Signatur: _____

(2 st serumrör utan tillsats för analys av HbsAg, Anti HBc, Anti HCV, HIV och Syfilis)

¹Allvarlig avvikande händelse ska rapporteras till Cell och Vävnadslaboratoriet

Tillvaratagande ifyllt av: _____ Datum: _____

ANALYSRESULTAT SMITTSCREENING: (Ifylls av Cell och Vävnadslab)

Provsvår Datum: _____ Prov nr: _____ Sign: _____

HBsAg Neg Pos **Anti HBc** Neg Pos **Hepatit C** Neg Pos

HIV antikropp Neg Pos **Syfilis** Neg Pos

Vid positivt svar, Medicinskt ansvarig kontaktad: Ja Nej Datum/Sign: _____

GODKÄNNANDE FÖR ANVÄNDNING: (Utförs av Cell och vävnadslab)

Vävnad godkänd för användning: Ja Nej Datum: _____ Signatur: _____

KASSATION: (Ifylls av Cell och Vävnadslab och ev. ansvarig kirurg)

Beslut om kassation av vävnad, orsak: _____

Medicinskt ansvarig kontaktad: Ja

Kassation av vävnad, Datum: _____ Sign 1: _____ Sign 2: _____