

TILLVARATAGANDERAPPORT och ANVÄNDARRAPPORT SKALLBEN

Vid Tillvaratagande:

Föreskriven kontroll av patientens identitet mot ovanstående Patientuppgifter samt provtagningsrörens etiketter intygas.

ID KONTROLL UTFÖRD AV: _____
ID-band Namnteckning

Datum för tillvaratagande: _____

OBS: Rapporten ska skannas in i patientjournal.

Patient-ID

Plats för etikett med namn,
personnummer och streckkod från
Take Care.

Tillvaratagande: (Ansvarig neurokirurg beslutar om tillvaratagande av benlambå)

Operatör: _____ **Namnunderskrift av operatör vid tillvaratagandet:**

Sjukhus: _____

Ansvarig operationssjuksköterska: _____

Passar på sal: _____ **Känd blodsmitta/Plats för etikett**

Skelettdel: Skallben Antal delar: _____

Batchnummer (LOT nummer)

Ringer-acetat: _____

Benbanksburk: _____

Vävnadsodling (skall tas) 2 st i FAB-buljongrör

Odlingssvar: Positivt Negativt

Smittskyddstester: Provtagningsdatum: _____ Positivt svar Negativt svar (se Take Care)

Avvikande händelse JA NEJ **OBS: Om JA ska en avvikelserapport skrivas**

Vid Användning:

Plats för Prosanetikett (ISBT kod) som sitter på skallbenets förpackning

Etiketten fästes efter ID-kontroll av ansvarig operationssjuksköterska när
benlambå sätts in åter.

Godkänt t.o.m. den: _____ (ifylles av ansvarig operationssjuksköterska för lokal vävnadsinrättning).

Datum: _____ **Namnunderskrift:** _____

ÅTERINSATT Datum: _____ Namnunderskrift (operatör): _____

KASSERAT Datum: _____ Namnunderskrift (op SSK): _____

Anledning till kassering (t.ex. avliden, custom made-lambå): _____

