

NASLOV BOLNIŠNICE

ODDELEK:

DAROVANJE TKIV
(izpolnjeno v dveh izvodih)

Bolnik

.....
priimek

.....
ime

.....
datum rojstva

Izpolni zdravnik ob ugotovitvi smrti:

Čas smrti:

datum: ura:

Vzrok smrti:

Naravna smrt: DA NE

Ali bi bil pokojnik primeren za darovalca tkiv? DA NE

▪ Če ni primeren, zakaj ne?

▪ Če je pokojnik primeren za darovalca, **obvestite bolnišničnega koordinatorja za transplantacijo**

Ima izkaznico "Sem darovalec"? DA NE

Na kartici KZZ je podatek: (obkroži ustrezno)

- darovalec
- ni darovalec
- ni opredeljen

Bolnišnični koordinator za transplantacijo obveščen: DA NE

Pogovor z osebo, ki je umrlemu blizu, je opravil:

Če pogovor ni bil opravljen, zakaj ne?

Pogoji za darovanje **SO NISO** izpolnjeni. (ustrezno obkroži)

Predviden je odvzem naslednjih tkiv:

Dne:

Ime in priimek
lečečega zdravnika ali
dežurnega zdravnika

.....
podpis