

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

POROČILO O ODVZEMU TKIVA / CELIC
DRŽAVA ODVZEMA:
Podatki o darovalcu:

DAROVALEC /ID. št/			Št. KZZ:		
Datum rojstva:		Starost:		Spol:	M Ž
ŽIVI DAROVALEC		MRTVI DAROVALEC			
avtologna uporaba		čas (datum in ura smrti)			
sorodni	genetsko	vzrok smrti	poškodba		
	pravno		CVI		
	emocionalno		sek.okvara		
nesorodni			tumor		
		drugo (navedi)			

Pri darovalcu so bili pridobljena anamneza		Pri darovalcu so bili pridobljena anamneza	
opravljeni telesni / klinični pregledi		opravljeni telesni / klinični pregledi	
opravljene laboratorijske preiskave		opravljene laboratorijske preiskave	
opravljeni instrumentalni testi		opravljeni instrumentalni testi	
Darovalec		Darovalec	
ustreza	ne ustreza	ustreza	ne ustreza
medicinskim kriterijem za darovanje		medicinskim kriterijem za darovanje	

Darovalec je bil seznanjen s	Opredelitev za darovanje:		
terapevtskim namenom darovanja	na KZZ		
postopkom	imetnik kartice Sem darovalec		
posledicami, tveganjem	opravljen pogovor z bližnjimi osebami (zapisnik obvezna priloga)		
pravicami			
Darovalec je dal pisno soglasje za darovanje	tudi DAROVALEC za organe	DA	NE

Neželeni dogodki / reakcije pred, med ali neposredno po odvzemu:	

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob	uri
	konec dne:		ob	uri

			Odvzem opravil:	Podpis:
ROŽENICI	L	D		
drugo / navedi /				

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
---	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob		uri
	konec dne:		ob		uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
KOSTI		
KOLČNE GLAVICE		
KOSTNO TKIVO		
KOLENSKI HRUSTANEC		
UŠESNI HRUSTANEC		
MEHKOTKIVNI PRESADKI		
VEZI		
DRUGO (navedi):		

Opis odvzetega tkiva, lokacija odvzema, količina (v kosih, cm ³ , gr)
--

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob	uri
	konec dne:		ob	uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
KOŽA		

Opis odvzetega tkiva, lokacija odvzema, količina (v enotah in cm ²)

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob	uri
	konec dne:		ob	uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
ARTERIJE		
VEENE		

	Odvzem opravil:	Podpis:
SRCE ZA ZAKLOPKE		

Opis odvzetega tkiva, lokacija odvzema, količina :

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob		uri
	konec dne:		ob		uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
TREB.SLIN.ZA β CELICE		

Opis odvzetega tkiva, količina

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob	uri
	konec dne:		ob	uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
HRUSTANEC		

Opis odvzetega tkiva, lokacija odvzema, količina

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob		uri
	konec dne:		ob		uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
IZVORNE CELICE		

Opis odvzetega tkiva, mesto odvzema, količina:

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob		uri
	konec dne:		ob		uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
KRVOTVORNE MATIČNE CELICE		
iz kostnega mozga		
iz periferne krvi		
iz popkovne krvi		

Opis odvzetega tkiva, mesto odvzema, količina :

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. dokument o smrti (mrtvi darovalec)
3. kopija podpisanega pristanka darovalca (živi darovalec)
4. izpis opredelitve / kopija zapisnika o **pogovoru s svojci** (mrtvi darovalec)
5. **kopije preiskav na okužbe**
6. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob	uri
	konec dne:		ob	uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
POPKOVNA KRI		
AMNIJSKA MEMBRANA		
PLACENTA		

	Odvzem opravil:	Podpis:
DELI MRTVEGA SPLAVLJENEGA ZARODKA		

Opis odvzetega tkiva, količina

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
---	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. kopija podpisanega pristanka matere
3. **kopije preiskav na okužbe**
4. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ:

SLOTP / DC št. Poročila:
Zaupno!

1 x SLOTP, 1 x DC, 1 x TB

Javni zdravstveni zavod / Donorski center:	Odgovorna oseba:
	telefon

Podatki o odvzetem tkivu / celicah:	DAROVALEC /ID št:
-------------------------------------	--------------------------

ODVZEM:	pričetek dne:		ob	uri
	konec dne:		ob	uri

	Odvzem opravil:	Podpis:
REPRODUKTIVNE CELICE:		
JAJČNA CELICA		
SEMENSKA TEKOČINA		
ZGODNJI ZARODEK		

Opis odvzetega tkiva, količina, število:
--

Ocena odvzetega tkiva / celic

Odvzeto tkivo zadošča kriterijem za presaditev	DA	NE, razlog:
--	----	-------------

Podatki o namembnem kraju tkiv / celic:

	Datum:	Naziv in naslov ustanove:
Odvzeto tkivo predano:		
za presaditev:		
tkivni banki:		
za uničenje:		

Priloženi dokumenti :

1. Poročilo o odvzemu tkiv / celic (vrsta, količina, kakovost)
2. kopija podpisanega pristanka darovalca
3. **kopije preiskav na okužbe**
4. poročilo o tkivu / celicah, ki niso bili porabljeni

ODGOVORNA OSEBA:		Podpis
DATUM:		KRAJ: