

PRILOGA II.A

ODVZEM avtolognih tkiv/celic

Ustanova za tkiva in celice: Naziv: Naslov:	Odgovorna oseba: Telefon:

Spremni list odvzetih avtolognih tkiv/celic

Naziv in naslov donorskega centra: Naziv: Naslov:	Šifra darovalca:..... Šifra vzorca:..... Darovalec ustreza medicinskim kriterijem za darovanje: DA NE Prisotnost alergij na zdravila (npr. antibiotikov) prejemnika: DA NE Vpiši katera: V obdelavi tkiv/celic nadomestiti z zdravilom:.....
Odgovorna oseba/ Zdravnik: Telefon:	SAMO ZA AVTOLOGNO UPORABO!
Dovoljenje za klinični poskus (obkroži): DA NE DRUGO Št. dovoljenja JAZMP:.....	

Podatki o odvzetem avtolognem tkivu/celica:

Vrsta odvzetega tkiva/celice:
Mesto odvzema odvzetega materiala:
Količina/dimenzije (skica) odvzetega materiala:
Rezultati biološkega testiranja: - Infektivnost ali druga biološka ogroženost: DA NE - Uporabljeni dodatki/materiali pri odvzemu, ki imajo lahko vpliv na uporabo: DA NE
Datum in čas odvzema materiala:
Priporočena temperatura za prevoz:..... Čas, v katerem mora biti material dostavljen:.....
Tkiva / celice odvezel: <i>ime in priimek, podpis</i>