

PRILOGA II.B.

IZDAJA avtolognih tkiv/celic

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

Uporabnik tkiv/celic: Naziv zdravstvene ustanove: Naslov: Zdravnik: Telefon:	
--	--

IZDAJA tkiv/ celic

ŠIFRA VZORCA/IDšt.darovalca: _____

ŠIFRA VZORCA/IDšt.vzorca: _____

SPREMNI LIST OBDELANEGA MATERIALA

Naziv naprednega avtolognega celičnega izdelka (šifra SOP.....):

.....

OPIS IZDELKA:

.....

.....

.....

Datum in ura pakiranja za prevoz: _____

Rok uporabe: _____

Material hraniti na: _____

SAMO ZA AVTOLOGNO UPORABO!

OPRAVLJENI TESTI:

	Izvidi v prilogi	Izvidi v postopku (poslani naknadno)
Test sterilnosti		
Bakterijski endotoksini		
Test identičnosti		

Datum in ura oddaje: _____

Datum in ura aplikacije: _____

Material izdal: *ime in priimek, podpis*

Material sprejel: *ime in priimek, podpis*