

(Raumeninių ir kaulinių audinių donoro duomenų anketos forma)

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje paimti audiniai _____
(pavadinimas, adresas, kodas)

RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ DONORO DUOMENŲ ANKETA

Skyrius _____
Vardas* _____
Pavardė* _____
Gimimo data* _____
(*motinos ir vaiko, jei donorstė yra susijusi su motina ir vaiku)
Lytis ☐ Vyras ☐ Moteris
Amžius _____

Gyvo donoro identifikacijos Nr. _____
Mirusio donoro identifikacijos Nr. _____
Ligos istorijos Nr. _____
Ar yra artimųjų sutikimas, kad mirusio donoro audiniai būtų paimti ir atiduoti transplantacijai? ☐ TAIP
Sutikimas būti donoru ☐ TAIP
Sutikimas dėl autologinio naudojimo ☐ TAIP
Sutikimas dėl alogeninio naudojimo ☐ TAIP

Ar yra infekcija? ☐ TAIP ☐ NE
Ar yra injekcijų į veną ar narkotinių medžiagų vartojimo ženklų? ☐ TAIP ☐ NE
Ar kūne yra svetimkūnių (auskarų)? ☐ TAIP ☐ NE
Ar ant kūno yra tatuiruočių? ☐ TAIP ☐ NE
Ar sergama (buvo sirgta) lėtinėmis ligomis? ☐ TAIP ☐ NE Jei taip, kokiomis _____

Ar donorui per pastarąsias 48 val. buvo perpiltas kraujas? ☐ TAIP ☐ NE
Ar vartoti imunosupresantai ☐ TAIP ☐ NE Jei taip, kiek laiko ir kokie _____

Informaciją pateikė _____
(pareigos, parašas, vardas, pavardė)

Informacijos pateikimo data _____

Eil. Nr.	Analitė / tyrimas	Tyrimo rezultatas
1.	HBsAg	
2.	anti HBcor	
3.	CMV IgG	
4.	CMV IgM	
5.	TPHA	
6.	RPR	
7.	anti HCV	
8.	anti ŽIV 1 / 2	
9.	Mikrobiologinis	
10.	Histologinis	

Audinį paėmęs gydytojas _____
(pareigos, parašas, vardas, pavardė)

Audinio paėmimo data ir laikas _____