

(Raumeninių ir kaulinių audinių lydraščio forma)

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga _____
(pavadinimas, adresas, kodas)

RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ LYDRAŠTIS

Skyrius _____ Gyvo donoro identifikacijos Nr. _____
Atsakingas asmuo _____ Mirusio donoro identifikacijos Nr. _____
Kontaktai _____ Audinių paėmimo data, val. _____
Audinių paskirstymo data, val. _____
Audinius paėmė _____

(vardas, pavardė, parašas, pareigos)

Analitė / tyrimas	Tyrimas užsakytas (+)	Tyrimas atliktas (+)	Rezultatas
HBsAg			
anti-HBcor			
CMV IgG			
CMV IgM			
TPHA			
RPR			
anti HCV			
anti ŽIV 1 / 2			
Mikrobiologinis			
Histologinis			

Į įstaigą, teikiančią audinių banko paslaugas, audiniai pristatyti (data, laikas) _____,
pristatė _____

(vardas, pavardė, parašas, pareigos)

KIRPIMO LINIJA

KIRPIMO LINIJA

KIRPIMO LINIJA

KIRPIMO LINIJA

RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ LYDRAŠTIS

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga _____
(pavadinimas, adresas, kodas)

Skyrius _____ Transplantato identifikacinis Nr. _____
RECIPIENTO DUOMENYS DONORO DUOMENYS
Identifikacijos Nr. _____ Gyvo donoro identifikacijos Nr. _____
Ligos istorijos Nr. _____ Mirusio donoro identifikacijos Nr. _____
Lytis: ☐ Vyras ☐ Moteris; Amžius _____ ☐ tik autologiniam naudojimui ☐ tikslinė donorystė
Audiniai siunčiami į _____

(įstaigos pavadinimas, adresas, kodas)

Paimta iš įstaigos, teikiančios audinių banko
paslaugas _____

(data, laikas)

(įstaigos, teikiančios audinių banko paslaugas,
darbuotojo vardas, pavardė, parašas, pareigos)

Pristatyta į įstaigą, teikiančią transplantacijos
paslaugas, _____

(data, laikas)

(audinį pristačiusio asmens vardas, pavardė, parašas,
pareigos)

Transplantacija atlikta _____
(data, laikas)

(transplantaciją atlikusio asmens vardas, pavardė,
parašas, pareigos)

