



Тъканна Банка ОСТЕОЦЕНТЪР ЕАД България

1784 София
бул. "Цариградско шосе" 127-Б
сграда 2, партер

тел. 02/971 2097, факс: 02/462 3835
е-mail: office@tbochbg.com
www.osteocentre.org

Форма за проследяване на алогофт продукт

Попълването на тази форма е за дължително условие при употребата на алогофт продукти според Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки (**Наредба 22 чл.11 от 3.05.2007г. и Наредба 21 чл. 13(1)т.3 от 03.05.2007г**) и според Европейските регулации и Международните стандарти на Тъканните банки от 23.08.2002 (глава В 6.2.00). Необходимо е да върнете формуляра на ТБ „Остеоцентър България“ с писмо, по е-мейл или по факс.

Болница (Hospital, Surgical/Dental Office): _____
Адрес (Address): _____

Град (City): _____ Държава (Country): _____

Лице за контакт (Contact person): _____

Реципиент (Recipient)

Име (Name) _____

Дата на раждане (Date of birth) _____
(дд.мм.гггг) / (dd.mm.yy)

Адрес: (Address) _____

Пол (Sex) М (Male) Ж (Female)

Диагноза (Diagnosis) _____

Декларация за съгласие от реципиента (или родителите му) за трансплантиране на костно-мускулен алогофт продукт.

Consent from recipient (or parents) for transplantation of bone & assoc.tissues allografts

Долуподписаният _____, ЕГН _____

The undersigned име, презиме, фамилия / (Names) ID #

Давам съгласието си за трансплантация (или на детето ми) на костно-мускулен алогофт.

Give my consent for bone&assoc.tissues allografts transplantation for me (or for my children)

Подпис _____
Signature

Операция

Дата на операцията _____ / ____ / _____ (дд.мм.гггг) / (dd.mm.yy)
Date of operation

Вид операция _____
Operative procedure

Име на хирурга _____ Специалност _____
Surgeon name Specialty

Клиника (Стом. Кабинет) _____
Surg. Department (Dental Office)

Подпис _____
Signature

Графт

**Моля попълнете следната информация или залепете стикерите на използваните алогографт продукти.
Please fill in form next information or stick a stamp from used allograft products.**

Необходима информация за всеки алогографт продукт използван при трансплантацията:

Производител: Manufacturer	DIZG, Германия	Вид графт: Description	Код на продукта: Product Code
Сериен номер: Serial #		Срок на годност: Exp. Date	

1	2
3	4
5	6

Бележки (Notes) :

Без усложнения:
Without complications

С усложнения:
With complications

Описание на усложненията: _____
Description of complications

Забележки (нарушена опаковка, увреден етикет и др.) _____
Comments (packaging defect, damage label

Моля попълнете и върнете на: ТБ „Остеоцентър България“ ЕАД, 1784 София
бул.Цариградско шосе 127-В, сграда 2
тел. 02/971 2097, Fax: 02/462 3835; e-mail: p_popova@tbocbg.com

Благодарим за съдействието!

Моля изпратете информация на посочения адрес незабавно при възникване на сериозна нежелана реакция или сериозен инцидент чрез попълване и изпращане на форма по образец съгласно Приложение 4 на Наредба №10 от 30.03.2007г. за условията и реда за съобщаване, регистриране, докладване и предаване на информация за сериозните нежелани реакции и сериозните инциденти и за блокиране, изтегляне и унищожаване на органите, тъканите и клетките, в сила от 28.08.2012г.