

ZAHTJEVNICA ZA TESTIRANJE DONORA ORGANA/TKIVA NA KRVLJU PRENOSIVE BOLESTI

1. Ustanova: _____ Odjel _____

2. DO (ime i prezime) _____ ET broj _____

☐ Živi donor

☐ DBD donor*

☐ DCD donor**

* *donation after brain death*

** *donation after the circulatory determination of death*

3. Datum i uzimanja uzorka krvi: _____ vrijeme _____

4. Podaci o uzimanju uzorka. Označi a ili b!

☐ a)Uzorak je uzet prije transfuzija i infuzija /nije razrijeđen
(Nije potrebno popunjavati OB-572)

☐ b) Uzorak je uzet poslije transfuzija i infuzija:
Obavezno dostaviti popunjen OB-572 s podacima o mogućem razrjeđenju

5. Kontakt osoba u donorskoj bolnici: Ime _____ Potpis _____

Tel: _____ Fax: _____

ZAPIS O ZAPRIMANJU UZORAKA DO POPUNJAVA DJELATNIK HZTM NA PRIJEMU UZORAKA

Zaokruži odgovore na pitanja!

Zaokruži odgovore na pitanja!		
Da li su zaprimljene 2 PPT epruvete?	Da. Ispravno	Ne. Konzultiraj djelatnike na obradi DO (OKB, OMD)
Da li ime/ID odgovara podacima na epruveti?	Da. Ispravno	Ne. Nazovi pošiljatelja i razjasni
Da li je uzorak uzet prije transfuzije?	Da. Ispravno	Ne. Uz uzorak je treba biti priložen OB -572 Obrazac za izračunavanje razrjeđenja
Da li je priložen OB -572?	Da. Ispravno	Ne. Obavijesti djelatnika OKB, koji će obavijestiti koordinatora MZ i zatražiti odluku o testiranju
Da li je razrjeđenje uzorka >50%?	Ne.	Uzorak se može testirati budući je razrijeđen manje od 50%
	Da.	Obavijestiti djelatnika OKB koji će obavijestiti koordinatora MZ i zatražiti odluku o testiranju.
Djelatnik OKB koji je kontaktirao koordinatora pri MZ:	Ime koordinatora MZ:	
	Vrijeme :	
Datum: _____ Potpis djelatnika HZTM koji je zaprimio uzorke: _____		
Potpis djelatnika OKB _____ Potpis djelatnika OMD _____		