VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

VÄVNADSINRÄTTNINGEN FÖR BEN

Återkallelse av godkänd vävnad

Sjukhus/enhet:

……

Datum för beslut: ……..

Beslut fattat av: …… ……..……

Namn Signatur

Orsak:

Ärendenr. MedControl:

SPÅRNING

Kodnummer för vävnad som återkallas:

Sjukvårds- eller vävnadsinrättning(ar) som vävnad utlämnats till:

Namn på person(er) som kontaktats på ovan angivna sjukvårds- eller vävnadsinrättning:

Ovan angivna sjukvårds- eller vävnadsinrättning har kontaktats av:

Datum för kontakt: …… ……..

Namn: Signatur:

HANTERING

Återkallad vävnad är **inte** godkänd för användning på människa och ska hanteras enligt följande:

☐	Kasseras av sjukvårds- eller vävnadsinrättning som vävnaden utlämnats till. Kassationen av benvävnaden dokumenteras på tillhörande tillvarataganderapport som sedan skickas till utlämnande vävnadsinrättning.
☐	Benvävnad (er) och tillhörande tillvarataganderapport (er) återsändes till utlämnande vävnadsinrättning och kasseras där.
☐	Benvävnad (er) och tillhörande tillvarataganderapport (er) återsändes till utlämnande vävnadsinrättning och sparas för forskning/utbildning.

Nedanstående fylls i av benbanksansvarig sköterska

Återkallad vävnad har Datum: Kasserats ☐ Sparats för forskning/utbildning ☐

……..……..

Signatur:

Ifyllt dokumentet för Återkallelse av godkänd vävnad sparas på samma sätt som för utlämnad benvävnad. En kopia skannas in i MedControl ärendet.