

Denna blankett ska användas för den årliga rapporteringen enligt 11 kap. 5 § om allvarliga biverkningar som anmäls.

Datum

.....

Inspektionen för vård och omsorg

Vävnadsinrättning

Vävnadsinrättningens namn		
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	E-postadress	Fax (inkl. riktnummer)
Uppgiftslämnarens namn		Avser verksamhetsår

Allvarliga biverkningar

	Antal		Antal	Totalt antal drabbade
Donatorer som drabbats	Mottagare som drabbats

Antal allvarliga biverkningar per typ av vävnader/celler som kommit i kontakt med vävnader/celler

(Vid behov, fortsatt uppställningen på separat papper)

	Typ av vävnader/celler	Typ av allvarlig biverkning	Totalt antal av denna typ
1			
2			
3			
4			
5			

Antal allvarliga biverkningar per typ av biverkning

Typ av allvarlig biverkning	Totalt antal
<input type="checkbox"/> Överförd bakteriell infektion
<input type="checkbox"/> Överförd virusinfektion (HBV)
<input type="checkbox"/> Överförd virusinfektion (HCV)
<input type="checkbox"/> Överförd virusinfektion (HIV 1, HIV 2)
<input type="checkbox"/> Annan överförd virusinfektion
<input type="checkbox"/> Överförd parasitinfektion (malaria)
<input type="checkbox"/> Annan överförd parasitinfektion
<input type="checkbox"/> Överförd malign sjukdom
<input type="checkbox"/> Andra överförda sjukdomar
<input type="checkbox"/> Andra allvarliga reaktioner