

38D Zamówienie na alloprzeszczep pochodzenia ludzkiego (APL)

Miejscowość:, Data:

Rawex Dental Sp. z o.o. Sp. K
ul. Karola Szymanowskiego 2/4.13B
80-280 Gdańsk

Miejsce na pieczętkę lekarza dokonującego zamówienia

ZAMÓWIENIE NA ALLOPRZESZCZEP POCHODZENIA LUDZKIEGO (APL)

Niniejszym składam zamówienie na alloprzeszczepy pochodzenia ludzkiego. Każdy alloprzeszczep dedykowany jest dla konkretnego pacjenta.

Kod przeszczepu	Nazwa przeszczepu (z katalogu)	Ilość	Indywidualny, niepowtarzalny numer pacjenta
31005	maxgraft® cortico-cancellous granules 1x0,5cc (ml)		
31010	maxgraft® cortico-cancellous granules 1x1,0cc (ml)		
31020	maxgraft® cortico-cancellous granules 1x2,0cc (ml)		
31040	maxgraft® cortico-cancellous granules 1x4,0cc (ml)		
31251	maxgraft® cortico-cortical strut 25x10x1mm		

OŚWIADCZENIA LEKARZA ZAMAWIAJĄCEGO APL

Oświadczam, iż

- iż jestem lekarzem **dentystą / ortopedą / chirurgiem szczękowym*** i mogę stosować/przeszczepiać produkty biologiczne oznaczone jako „alloprzeszczepy pochodzenia ludzkiego”;
- zamawiane przeze mnie ludzkie przeszczepy kostne przeznaczone są do przeszczepienia u konkretnych pacjentów;
- w razie wystąpienia istotnego zdarzenia bądź reakcji niepożądaney będę stosował się do wytycznych zawartych w Dyrektywa Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonująca dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (z późniejszymi zmianami);
- jeden APL będzie wykorzystany dla jednego konkretnego pacjenta;
- w sytuacji otrzymania od RD informacji o konieczności wycofania APL i zwrócenia APL do RD, zrobię to natychmiastowo w ciągu 24h oraz zapewnię odpowiednią opiekę pacjentowi, któremu przeszczepiłem APL, co do którego wszczęto procedurę wycofania;
- w przypadku niewykorzystania APL na swój koszt zwrócę go niezwłocznie do Banku Tkanek – Rawex Dental zwany dalej RD na adres podany w nagłówku;
- znana mi jest Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (z późniejszymi zmianami) wraz z aktami wykonawczymi do niej.
- Pacjent przed przeszczepieniem APL zostanie zapoznany z ulotką informacyjną APL.

***Niepotrzebne skreślić**

INFORMACJE DOTYCZĄCE DOSTAWY

Adres doręczenia/praktyki lekarskiej:

Osoba Kontaktowa:

(Imię i nazwisko)

Miejsce na pieczętkę: Pełna nazwa praktyki lekarskiej wraz z adresem

Doręczenie APL najpóźniej do data/godzina:

RRRR / MM / DD : GG : MM

Osoba Kontaktowa: (Imię i nazwisko)

.....
Podpis lekarza składającego oświadczenia i zamówienie

Nr zamówienia

WYPEŁNIA BANK TKANEK

LK LK LK M M R R R R