ZAŁĄCZNIK NR 3

POWIADOMIENIE BANKU TKANEK O PODEJRZENIU WYSTĄPIENIA ISTOTNYCH NIEPOŻĄDANYCH REAKCJI (SAR)

Szybkie powiadomienie o podejrzeniu wystąpienia istotnych niepożądanych reakcji

Podmiot Leczniczy (pieczątka)
Dane identyfikacyjne dotyczące powiadomienia
Data powiadomienia (rok/miesiąc/dzień)
Osoba, której dotyczy reakcja (dawca lub biorca)
Data i miejsce pobrania lub zastosowania u ludzi (rok/miesiąc/dzień)
Numer identyfikacyjny przeszczepu
Data wystąpienia istotnej niepożądanej reakcji (rok/miesiąc/dzień)
Rodzaj tkanek i komórek, których dotyczy podejrzenie wystąpienia istotnej niepożądanej reakcji – *opisać* -
Rodzaj podejrzanej (-ych), istotnej (-ych) i niepożądanej (-ych) reakcji (rok/miesiąc/dzień) – *opisać* -

.....
Data wypełnienia

.....
Czytelny podpis osoby wypełniającej