

Skickas till  
[registrator.ost@ivo.se](mailto:registrator.ost@ivo.se)

Datum

.....

**Vävnadsinrättning**

Vävnadsinrättningens namn	EU-kod
Uppgiftslämnarens namn	

**Allvarliga biverkningar**

	Antal		Antal
Donatorer som drabbats	.....	Mottagare som drabbats	.....

**Antal allvarliga biverkningar per typ av vävnad och cell (använd separat bilaga vid behov)**

	Typ av vävnad och cell	Typ av allvarlig biverkning	Antal
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Typ av allvarlig biverkning	Specificera	Antal
<input type="checkbox"/> Överförd bakteriell infektion	.....	.....
<input type="checkbox"/> Överförd virusinfektion	.....	.....
<input type="checkbox"/> Överförd parasitinfektion	.....	.....
<input type="checkbox"/> Överförd malign sjukdom	.....	.....
<input type="checkbox"/> Annan överförd sjukdom	.....	.....
<input type="checkbox"/> Annan allvarlig reaktion	.....	.....

**Övriga upplysningar**