

Mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės
asmens sveikatos priežiūros paslaugų
koordinavimo ir teikimo tvarkos aprašo
9 priedas

(Pranešimo apie donorinio audinio ir organo nepanaudojimą / šalinimą forma)

**PRANEŠIMAS APIE DONORINIO AUDINIO IR ORGANO NEPANAUDOJIMĄ /
NEPAĖMIMĄ / ŠALINIMĄ**

(siunčiančios įstaigos pavadinimas)

Nacionaliniam transplantacijos biurui
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

(data)

Pranešame, kad _____,
(audinio ir (ar) organo pavadinimas)

paimtas iš donoro: _____,
(identifikavimo Nr.)

paėmimo data, laikas: _____

☐ nepanaudota _____
(nurodyti nepanaudojimo priežastį)

☐ nepaimta _____
(nurodyti nepaėmimo priežastį)

☐ šalinta _____
(nurodyti šalinimo priežastį)

Gydytojas

(vardas, pavardė, parašas)
