

Špecifikácia a cenník transplantátov a súvisiacich výkonov

Tkanivá a bunky na účely transplantácie

P. č.	Názov transplantátu	M. j.	Cena bez DPH v EUR	DPH v EUR	Cena s DPH v EUR
1.	očná rohovka - v médiu, chladená	1 ks	1 735,00 €	0,00 €	1 735,00 €
2.	očná skléra konzervovaná v alkohole - skladovaná pri izbovej teplote	1 ks	1 535,00 €	0,00 €	1 535,00 €
10.	spongiózný transplantát - hlboko mrazený	1 g	46,00 €	0,00 €	46,00 €
11.	spongiózný transplantát - lyofilizovaný	1 g	56,00 €	0,00 €	56,00 €
12.	kortikospongiózný transplantát - hlboko mrazený	1 g	41,00 €	0,00 €	41,00 €
13.	kortikospongiózný transplantát - lyofilizovaný	1 g	51,00 €	0,00 €	51,00 €
14.	demineralizovaný kostný transplantát - hlboko mrazený	1 g	49,00 €	0,00 €	49,00 €
15.	demineralizovaný kostný transplantát - lyofilizovaný	1 g	59,00 €	0,00 €	59,00 €
16.	hemi – ligamentum patellae - hlboko mrazené	1 kus	900,00 €	0,00 €	900,00 €
17.	bikortikálny alebo trikortikálny transplantát - hlboko mrazený	1 g	31,00 €	0,00 €	31,00 €
18.	masívny kostný transplantát - hlboko mrazený	1 ks	800,00 €	0,00 €	800,00 €
19.	achillova šľacha s kostným blokom - hlboko mrazená	1 ks	900,00 €	0,00 €	900,00 €
20.	autológny kostný transplantát (lebečná kosť) - hlboko mrazený	1 ks	317,00 €	0,00 €	317,00 €
21.	fascia lata - hlboko mrazená	1 cm ²	13,00 €	0,00 €	13,00 €
22.	amnionova membrána - sušená	1 cm ²	5,00 €	0,00 €	5,00 €

ŽIADANKA O VYDANIE OČNÉHO TRANSPLANTÁTU

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice ☎: +421 (0)55 640 2130
Objednávateľ	pracovisko:
Lekár objednávateľa (meno, telefónne číslo a e-mailový kontakt)	
Účel vyžiadania transplantátu	
Predpokladaný dátum implantácie	

DRUH POŽADOVANÉHO TRANSPLANTÁTU

90 601	očná rohovka	90 601	očná skléra celá
90 601	očná skléra ½	90 601	očná skléra ¼
Požadované množstvo (ks)			
Iné špeciálne požiadavky			
Meno a priezvisko pacienta			
Rodné číslo		ZP (kód)	
Diagnóza (+ kód)		Poradie transplantácie	

ZA OBJEDNÁVATEĽA

Meno oprávnenej osoby (podľa prílohy č. 19), podpis, pečiatka	
Dátum	

ŽIADANKA O PRÍPRAVU / VYDANIE TRANSPLANTÁTU

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice / Rastislavova 43 / 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice / ☎ +421 (0)55 615 2064
Objednávateľ	pracovisko:
Lekár objednávateľa (meno a priezvisko, telefónne číslo)	
Účel vyžiadania transplantátu	
Predpokladaný dátum implantácie	

DRUH POŽADOVANÉHO TRANSPLANTÁTU

100 305	amnionova membrána - sušená spongiózný transplantát - hlboko mrazený	100 312	hemi – ligamentum patellae - hlboko mrazené
100 308	autológny kostný transplantát (lebečná kosť) - hlboko mrazený		achillova šľacha s kostným blokom - hlboko mrazená
100 310	demineralizovaný kostný transplantát - hlboko mrazený		fascia lata - hlboko mrazená
100 310	masívny kostný transplantát - hlboko mrazený		demineralizovaný kostný transplantát - lyofilizovaný
100 311	bikortikálny alebo trikortikálny transplantát - hlboko mrazený		kortikospongiózný transplantát - lyofilizovaný
100 311	kortikospongiózný transplantát - hlboko mrazený		spongiózný transplantát - lyofilizovaný
100 311	spongiózný transplantát - hlboko mrazený		iné - špecifikujte
Požadované množstvo (g, cm ² , ks)			
Iné špeciálne požiadavky			
Meno a priezvisko pacienta			
Rodné číslo		ZP (kód)	
Diagnóza (+ kód)		Poradie transplantácie	

ZA OBJEDNÁVATEĽA

Dátum	Meno a priezvisko oprávnenej osoby (podľa prílohy č. 19), podpis, pečiatka

SPRIEVODNÝ LIST OČNÉHO TRANSPLANTÁTU

(Prosíme založiť do zdravotnej dokumentácie pacienta.)

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice, IČO 00 606 707 pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice ☎: +421 (0)55 640 2130
Objednávateľ	pracovisko:
Druh transplantátu	
Jednotný európsky kód	
Množstvo	
Exspirácia	
Jednotková cena	

PRÍJEMCA (V PRÍPADE ADRESNÉHO DARCOVSTVA)

Meno a priezvisko	
Dátum narodenia	

DARCA

Vek		Príčina úmrtia	
Diagnózy			
Dátum hospitalizácie		Dátum - čas úmrtia	
Dátum - čas odberu		Čas úmrtie - odber	Dĺžka chladenia

INFORMÁCIE O TRANSPLANTÁTE

Morfológia a funkčné údaje	celkové hodnotenie rohovky	
	epitel	
	stroma	
	Descemetova membrána	
	endotel	
	počet buniek endotelu	
	okraj skléry	
	priemer štepu	
Možné rezíduá		
Metóda skladovania v ZTB		
Farba média v čase expedovania		Kontroloval (podpis)

BIOLOGICKÉ VYŠETRENIA DARCU/TRANSPLANTÁTU A VÝSLEDKY

Sérologické vyšetrenie darcu	anti-HIV 1+2	
	HBsAg	
	anti-HBc	
	anti-HCV	
	TPHA	
Mikrobiologické vyšetrenie tkaniva	aeróbna kultivácia	
	kvasinky a plesne	
Histologické vyšetrenie tkaniva		

ODPORÚČANIA, POKYNY A NÁVODY NA MANIPULÁCIU

Otvorenie obalu a manipulácia	
Skladovanie	
Použiteľnosť po otvorení	
Prílohy	

DISTRIBÚCIA

Tkanivo distribuované	Dátum	Čas
------------------------------	-------	-----

ZA POSKYTOVATEĽA

Meno oprávnenej osoby	Dátum - čas	Podpis a pečiatka
Meno oprávnenej osoby	Dátum - čas	Podpis a pečiatka

SPRIEVODNÝ LIST TRANSPLANTÁTU

(Prosíme založiť do zdravotnej dokumentácie pacienta.)

1. POSKYTOVATEĽ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice / Rastislavova 43 / 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice / ☎ +421 (0)55 615 2064
2. OBJEDNÁVATEĽ	pracovisko:

3. DRUH TRANSPLANTÁTU	
Identifikačné číslo	
Množstvo	
Exspirácia	
Jednotková cena	

4. PRÍJEMCA	
Meno a priezvisko	
Rodné číslo	

5. INFORMÁCIE O TRANSPLANTÁTE	
Morfológia a funkčné údaje	
Možné rezíduá	
Metóda skladovania v ZTB	

6. BIOLOGICKÉ VYŠETRENIA DARCU/TRANSPLANTÁTU A VÝSLEDKY		
Sérologické vyšetrenie darcu	anti-HIV 1+2	
	HBsAg	
	anti-HBc	
	anti-HCV	
	TPHA	
Mikrobiologické vyšetrenie transplantátu	aeróbna kultivácia	
	kvasinky a plesne	
Histologické vyšetrenie tkaniva		

7. ODPORÚČANIA, POKYNY	
Otvorenie obalu a manipulácia	
Skladovanie	
Použiteľnosť po otvorení	
Prílohy	

8. DISTRIBÚCIA		
Tkanivo distribuované	Dátum	Čas

ZA POSKYTOVATEĽA		
Meno oprávnenej osoby	Dátum a čas	Podpis a pečiatka

PROTOKOL O PACIENTOVI, KTORÉMU BOL POSKYTNUTÝ OČNÝ TRANSPLANTÁT

Žiadame o **dôsledné** vyplnenie správy a jej spätné zaslanie do Očnej banky ZTB UNLP Košice **do 7 dní od transplantácie!**
Informácie slúžia pre povinnú výsledovateľnosť tkaniva a pre poskytnutie údajov Národnej transplantáčnej organizácii.

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice ☎: +421 (0)55 640 2130
Objednávateľ	pracovisko:

1. Transplantát

Názov transplantátu
Identifikačné číslo transplantátu (jednotný európsky kód)
Cena transplantátu

2. Osobné údaje pacienta, ktorému bol poskytnutý transplantát

Meno a priezvisko	
Rodné číslo	ZP (kód)

3. Hospitalizácia a operačný výkon

Dátum hospitalizácie
Dátum operačného výkonu
Názov operačného výkonu
Komplikácie počas operácie
Meno operátora
Dátum ukončenia hospitalizácie

4. Predoperačná diagnóza pacienta

Operované oko	Neoperované oko
afakická bulózna keratopatia	afakická bulózna keratopatia
pseudofakická bulózna keratopatia	pseudofakická bulózna keratopatia
kongenitálne opacity	kongenitálne opacity
jazvy alebo edém rohovky	jazvy alebo edém rohovky
glaukóm	glaukóm
keratokónus	keratokónus
perforácia	perforácia
rejekcia	rejekcia
slepé (bolestivé) oko	slepé (bolestivé) oko
melanóm	melanóm
retinoblastóm	retinoblastóm
predchádzajúce keratoplastiky (počet):	predchádzajúce keratoplastiky (počet):
iná:	iná:
	žiadna
Kód očnej diagnózy	
Iné závažné ochorenia	

5. Potvrdenie objednávateľa o správnosti údajov uvedených v protokole

ZA OBJEDNÁVATEĽA	
Meno oprávnenej osoby (podľa prílohy č. 19), podpis, pečiatka	
Dátum - čas	

PROTOKOL O PACIENTOVI, KTORÉMU BOL POSKYTNUTÝ TRANSPLANTÁT

1. POSKYTOVATEĽ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice / Združená tkanivová banka / Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice / ☎ +421 (0)55 615 2064
2. OBJEDNÁVATEĽ	pracovisko:

3. OSOBNÉ ÚDAJE PACIENTA, KTORÉMU BOL POSKYTNUTÝ TRANSPLANTÁT

Meno a priezvisko pacienta			
Rodné číslo pacienta		ZP (kód)	
Bydlisko pacienta		PSČ	

4. HOSPITALIZÁCIA

Dátum hospitalizácie	
Číslo chorobopisu	

5. OCHORENIE

Diagnóza súvisiaca s transplantáciou	
Kód diagnózy súvisiacej s transplantáciou	
Iné závažné ochorenia	
Dátum indikácie transplantácie	
Indikujúci lekár	

6. LIEČBA

Dátum operačného výkonu	
Názov operačného výkonu	
Meno a priezvisko operátora	
Závažné komplikácie súvisiace s operačným výkonom	

7. POUŽITÝ TRANSPLANTÁT

Názov transplantátu	
Evidenčné číslo transplantátu	
Cena transplantátu	

8. POTVRDENIE OBJEDNÁVATEĽA O SPRÁVNOSTI ÚDAJOV

Dátum a čas	Meno oprávnenej osoby (podľa prílohy č. 19), pečiatka, podpis

SPRÁVA O NEŽIADUCEJ REAKCII PO TRANSPLANTÁCII OČNÉHO TKANIVA**Prosíme, vyplňte kompletne všetky údaje a obratom zašlite do Očnej banky ZTB.**

Transplantujúci lekár je na základe Zákona 317/2016 Z. z. o požiadavkách a postupoch pri odbere a transplantácii ľudského orgánu, ľudského tkaniva a buniek a o zmene a doplnení niektorých zákonov (transplantačný zákon), § 29, bod (1), písmeno b) a d) povinný oznámiť poskytovateľovi podozrenie na závažnú nežiaducu reakciu príjemcu ľudského tkaniva alebo buniek alebo udalosť vzniknutú počas transplantácie ľudského tkaniva alebo buniek, alebo po nej, ktorá môže súvisieť s kvalitou a bezpečnosťou tkaniva alebo buniek. Poskytovateľ je povinný nežiaducu reakciu alebo udalosť posúdiť, prešetriť a bezodkladne každú **závažnú** nežiaducu reakciu alebo udalosť oznámiť objednávateľovi a Národnej transplantačnej organizácii.

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice ☎: +421 (0)55 640 2130
Objednávateľ	pracovisko:

OPERATÉR (u objednávateľa)

Meno lekára
Oddelenie
Telefónne číslo, e-mail

PACIENT – PRÍJEMCA

Meno	
Rodné číslo	Vek
Dátum operácie	Poradie transplantácie
Predoperačná diagnóza	
Druh operácie	

NEŽIADUCA REAKCIA

<i>DRUH NEŽIADUCEJ REAKCIE</i>	<i>PRAVDEPODOBNÁ PRÍČINA</i>
zlyhanie štepu vnútroočná infekcia (endoftalmitída) infekcia rohovky (keratitída) prenos vírusovej infekcie iná (aká?)	tkanivo darcu predoperačná diagnóza pacienta zavinená pacientom neznáma iná (aká?)
Opíšte, prosím, stručný priebeh udalostí	
KOMPLIKÁCIE NÁSLEDKOM NEŽIADUCEJ REAKCIE SÚVISIACEJ S TRANSPLANTÁCIOU TKANIVA	
ohrozenie života zdravotné postihnutie alebo invalidita	iná choroba alebo predĺženie hospitalizácie bez uvedených komplikácií
Dátum nežiaducej reakcie	Dátum vyriešenia

MIKROBIOLOGICKÁ KULTIVÁCIA (Vyplňte, prosím, ak bola robená.)

<i>TKANIVO DARCU</i>		<i>PACIENT</i>	
médium	korneo-sklerálny okraj	komorová voda	rohovka
iné (aké?)		sklovec	iné (aké?)
Výsledok (nález)		Výsledok (nález)	

ZA OBJEDNÁVATEĽA

Meno oprávnenej osoby (podľa prílohy č. 19), podpis, pečiatka
Dátum - čas

SPRÁVA O NEŽIADUCEJ REAKCII DO 18 MESIACOV PO TRANSPLANTÁCII

Prosíme, vyplňte kompletne všetky údaje a obratom zašlite do ZTB.				
Transplantujúci lekár je povinný podať správu Banke muskulo-skeletárnych a spojivových tkanív o všetkých nežiaducich reakciách potenciálne súvisiacich s tkanivom darcu.				
Poskytovateľ		Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice / Rastislavova 43 / 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice / ☎ +421 (0)55 615 2064		
Objednávateľ		pracovisko:		
OPERATÉR (u objednávateľa)				
Meno a priezvisko lekára		Oddelenie		
PRÍJEMCA		ÚSPEŠNOSŤ TRANSPLANTÁCIE	NEŽIADUCA REAKCIA	PRAVDEPODOBNÁ PRÍČINA
Meno a priezvisko		<input type="checkbox"/> úplne zhojenie	<input type="checkbox"/> primárne zlyhanie štepu	<input type="checkbox"/> transplantát
Rodné číslo		<input type="checkbox"/> v prestavbe (osteointegrácia)	<input type="checkbox"/> chronické latentné perzistentné infekcie	<input type="checkbox"/> predoperačná diagnóza pacienta
Dátum transplantácie		<input type="checkbox"/> iné:	<input type="checkbox"/> prenos bakteriálnej infekcie	<input type="checkbox"/> nesúvisí s transplantátom
Druh transplantátu			<input type="checkbox"/> prenos vírusovej infekcie	<input type="checkbox"/> neznáma
Počet transplantátov			<input type="checkbox"/> iné:	<input type="checkbox"/> iná:
Stručný priebeh udalostí v prípade nežiaducej reakcie				
PRÍJEMCA		ÚSPEŠNOSŤ TRANSPLANTÁCIE	NEŽIADUCA REAKCIA	PRAVDEPODOBNÁ PRÍČINA
Meno a priezvisko		<input type="checkbox"/> úplne zhojenie	<input type="checkbox"/> primárne zlyhanie štepu	<input type="checkbox"/> transplantát
Rodné číslo		<input type="checkbox"/> v prestavbe (osteointegrácia)	<input type="checkbox"/> chronické latentné perzistentné infekcie	<input type="checkbox"/> predoperačná diagnóza pacienta
Dátum transplantácie		<input type="checkbox"/> iné:	<input type="checkbox"/> prenos bakteriálnej infekcie	<input type="checkbox"/> nesúvisí s transplantátom
Druh transplantátu			<input type="checkbox"/> prenos vírusovej infekcie	<input type="checkbox"/> neznáma
Počet transplantátov			<input type="checkbox"/> iné:	<input type="checkbox"/> iná:
Stručný priebeh udalostí v prípade nežiaducej reakcie				
PRÍJEMCA		ÚSPEŠNOSŤ TRANSPLANTÁCIE	NEŽIADUCA REAKCIA	PRAVDEPODOBNÁ PRÍČINA
Meno a priezvisko		<input type="checkbox"/> úplne zhojenie	<input type="checkbox"/> primárne zlyhanie štepu	<input type="checkbox"/> transplantát
Rodné číslo		<input type="checkbox"/> v prestavbe (osteointegrácia)	<input type="checkbox"/> chronické latentné perzistentné infekcie	<input type="checkbox"/> predoperačná diagnóza pacienta

Dátum transplantácie		<input type="checkbox"/> iné:	<input type="checkbox"/> prenos bakteriálnej infekcie	<input type="checkbox"/> nesúvisí s transplantátom
Druh transplantátu			<input type="checkbox"/> prenos vírusovej infekcie	<input type="checkbox"/> neznáma
Počet transplantátov			<input type="checkbox"/> iné:	<input type="checkbox"/> iná:
Stručný priebeh udalostí v prípade nežiaducej reakcie				
ZA OBJEDNÁVATEĽA VYPLNIL (lekár)	Dátum	Meno oprávnenej osoby (podľa prílohy č. 19)	Podpis a pečiatka	

Označenie formuláru ID / F / BMST / KK / 02.01
 Vydanie 4
 Zmena 0
 Dátum účinnosti 01. 09. 2017
 Strana 1/1

NÁVOD NA MANIPULÁCIU S OČNOU ROHOVKOU

1. Tkanivo použite **len pre jedného pacienta**.
2. **Nepoužite tkanivo** v prípade, že je vrchnák fľaštičky poškodený. Ohláste to ihneď Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka).
3. **Nepoužite tkanivo**, ak je farba média zmenená. Ohláste to ihneď Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka). Normálna farba média je lososovo-červená až čerešňová. Zmena farby na žltú alebo modrofialovú signalizuje nežiaducu zmenu pH, ktorá môže byť spôsobená rastom mikroorganizmov prítomných v médiu.
4. Tkanivo použite do 30 min. od otvorenia balenia.

5. Odporúčané podmienky skladovania:

- a) Očná rohovka sa uchováva v monitorovaných hypotermických podmienkach maximálne 14 dní.
- b) Polystyrénový kontajner s ľadom by mal udržať správnu teplotu skladovania minimálne 30 hodín po zabalení.
- c) Po obdržaní zásielky otvorte polystyrénový kontajner, vyberte z neho fľaštičku s rohovkou a vložte ju do chladničky na 2-6°C. **Nezmrazujte!**
- d) **Rohovku nekladajte do chladničky zabalenú v polystyrénovom kontajneri!**

6. Upozornenie pre transplantujúceho lekára:

- a) Tkanivo bolo vyšetrené, skladované a distribuované v súlade s legislatívou Slovenskej republiky a Európskej únie.
- b) Kontrola kvality očnej rohovky bola vykonaná makroskopicky a mikroskopicky vyšetrením pomocou štrbinovej lampy a endotelového mikroskopu.
- c) Tkanivo bolo odobraté od darcu vhodného pre darovanie očných rohoviek, bez rizikových faktorov a klinického dôkazu hepatitídy B, hepatitídy C a infekcie HIV. Vzorka krvi darcu bola vyšetrená na prítomnosť HIV 1+2 protilátok, HBsAg, protilátok proti hepatitíde B, hepatitíde C a syfilisu. Všetky markery infekčných ochorení boli testované setmi s certifikátom CE.
- d) Tkanivo nebolo testované mikrobiologicky. Prípadná bakteriologická kontaminácia tkaniva nemusí spôsobiť pacientovi infekciu. Nepokladajte však tkanivo za sterilné!
- e) Tkanivo je uchovávané v skladovacom médiu **EUSOL**, ktoré **obsahuje** dextrán, pyruvát sodný, aminokyseliny, minerálne soli, vitamíny, Hepes, bikarbonát, fenolovú červeň a antibiotiká (gentamicín)!
- f) Hneď po transplantácii riadne vyplňte, prosím, priložený formulár „Protokol o pacientovi, ktorému bol poskytnutý transplantát“ (F-701) a zašlite ho Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka). Formulár slúži ako podklad pre fakturáciu tkaniva zdravotnej poisťovni a pre účely spätného sledovania tkaniva. Do protokolu zaznamenajte akékoľvek závažné komplikácie súvisiace s operačným výkonom.
- g) Spolu s tkanivom Vám bol zaslaný formulár „Správa o nežiaducej reakcii po transplantácii očného tkaniva“ (F691). V súlade s legislatívou ste tkanivovému zariadeniu povinní hlásiť akúkoľvek nežiaducu reakciu alebo udalosť, preto, prosím, vyplňte tento formulár a zašlite ho Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka).
- h) Akúkoľvek nežiaducu reakciu alebo udalosť môžete Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka) nahlásiť aj telefonicky kedykoľvek, hneď po jej zistení.

Za poskytovateľa: Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
Pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice

.....
(meno oprávnenej osoby, podpis, pečiatka, dátum)

NÁVOD NA MANIPULÁCIU S OČNOU SKLÉROU V ALKOHOLE

1. Tkanivo použite **len pre jedného pacienta**.
2. **Nepoužite tkanivo** v prípade, ak je vrchnák fľaštičky poškodený. Ohláste to ihneď Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka).
3. **Odporúčané podmienky skladovania**
Očná skléra v alkohole sa skladuje uchováva pri izbovej teplote. Nezmrazujte a nevystavujte ju nadmerným teplotám.
4. **Príprava tkaniva pred chirurgickým použitím**
 - a) Asepticky vyberte skléru z alkoholu a namočte ju v roztoku antibiotík na cca 30 minút. Skléra je rehydratovaná, ak sa zmení z mierne žltej alebo priehľadnej na bielu.
 - b) Roztok antibiotík počas rehydratovania skléry vymeňte aspoň 1x.
 - c) Tkanivo použite do 1 hod. od otvorenia balenia.
5. **Upozornenie pre transplantujúceho lekára**
 - a) Tkanivo bolo vyšetrené, skladované a distribuované v súlade s legislatívou Slovenskej republiky a Európskej únie.
 - b) Tkanivo bolo odobraté od darcu vhodného pre darovanie očných rohoviek, bez rizikových faktorov a klinického dôkazu hepatitídy B, hepatitídy C a infekcie HIV. Vzorka krvi darcu bola vyšetrená na prítomnosť HIV 1+2 protilátok, HBsAg, protilátok proti hepatitíde B, hepatitíde C a syfilisu. Všetky markery infekčných ochorení boli testované setmi s certifikátom CE.
 - c) Tkanivo nebolo testované mikrobiologicky. Prípadná bakteriologická kontaminácia tkaniva nemusí spôsobiť pacientovi infekciu. Nepokladajte však tkanivo za sterilné!
 - d) Tkanivo je uchovávané v **96% etanole**.
 - e) V procese odberu a spracovania prišlo tkanivo do styku s jódovými prípravkami a rôznymi antibiotikami. Kontaktujte očnú banku, ak vzhľadom na pacientovu alergiu potrebujete vedieť detaily ohľadne antibiotík.
 - f) Hneď po transplantácii riadne vyplňte, prosím, priložený formulár „Protokol o pacientovi, ktorému bol poskytnutý transplantát“ (F-701) a zašlite ho Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka). Formulár slúži ako podklad pre fakturáciu tkaniva zdravotnej poisťovni a pre účely spätného sledovania tkaniva. Do protokolu zaznamenajte akékoľvek závažné komplikácie súvisiace s operačným výkonom.
 - g) Spolu s tkanivom Vám bol zaslaný formulár „Správa o nežiaducej reakcii po transplantácii očného tkaniva“ (F-691). V súlade s legislatívou ste tkanivovému zariadeniu povinní hlásiť akúkoľvek nežiaducu reakciu alebo udalosť, preto, prosím, vyplňte tento formulár a zašlite ho Poskytovateľovi (Združená tkanivová banka, Očná banka).
 - h) Akúkoľvek nežiaducu reakciu alebo udalosť môžete Očnej banke ZTB nahlásiť aj telefonicky kedykoľvek, hneď po jej zistení.

Za poskytovateľa: Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
Pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice

.....
(meno oprávnenej osoby, podpis, pečiatka, dátum)

NÁVOD NA MANIPULÁCIU S ALOGÉNNYM TRANSPLANTÁTOM MRAZENÝM

1. NÁZOV PRODUKTU	spongióza mletá, kortikospongióza mletá, demineralizovaná kostná matrica, masívny transplantát, bikortikálny a trikortikálny transplantát, hemi ligamentum patellae, Achillova šľacha s kostným blokom, rebro, fascia lata
A) FORMA	muskuloskeletárne tkanivo ľudského pôvodu alogénne, sterilné, mrazené
B) VÝROBCA	Združená tkanivová banka / Banka muskulo-skeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice
C) KONTAKT	+421 (0)55 615 2064
D) POUŽITIE	transplantát použite len pre jedného pacienta

2. BALENIE A ZNAČENIE

Každý transplantát je individuálne balený do fóliových obalov. Primárny obal je vložený do sekundárneho obalu, ktorý obsahuje finálny štítok.

3. DODANIE

Mrazené transplantáty sú dodávané v polystyrénových kontajneroch vyplnených zmrazenými chladiacimi vložkami. V obálke je sprievodná dokumentácia.

4. ODPORÚČANÉ PODMIENKY SKLADOVANIA

Transplantát nevkladajte do mraziaceho boxu zabalený v polystyrénovom kontajneri!
Transplantát uchovávajte v monitorovaných podmienkach pri teplote < -20°C max. 1 mesiac a pri teplote < -80°C do dátumu expirácie uvedeného na štítku.

5. EXSPIRÁCIA

Je vyznačená na finálnom štítku. 5 rokov od dátumu spracovania tkaniva pri teplote -80°C.

6. PRÍPRAVA TRANSPLANTÁTU NA POUŽITIE

A) Vyberte transplantát a sprievodnú dokumentáciu z polystyrénového kontajnera.
B) Skontrolujte vonkajší obal (v prípade porušenia obalu by mohla byť porušená sterilita vnútorného obalu, v tomto prípade transplantát nepoužívajte).
C) Pred aplikáciou nechajte humánný transplantát rozmraziť v pôvodnom obale pri laboratórnej teplote 30 min. alebo vo vodnom kúpeli pri teplote cca 40°C 15 min.
D) Otvorte vonkajší, sekundárny obal za šípovito ukončenú časť tzv. Peel a transplantát v primárnom obale umiestnite asepticky na sterilné pole. Ďalšie manipulácie vykonávajte už len sterilne. Otvorte primárny obal. Transplantát vyberte, úplne ponorte do sterilného fyziologického roztoku izbovej teploty a vypláchnite v troch kúpeľoch fyziologického roztoku s antibiotikami. Použite ihneď.

7. ZABEZPEČENIE SLEDOVATEĽNOSTI

Lekár je povinný vyplniť a zaslať ZTB priložený „Protokol o pacientovi, ktorému bol poskytnutý transplantát“ (F-727) s údajmi o príjemcovi transplantátu na zabezpečenie monitorovania ľudských tkanív a buniek podľa legislatívnych požiadaviek Slovenskej republiky a Európskej únie. Do protokolu zaznamenajte závažné komplikácie súvisiace s operačným výkonom. V súlade s legislatívou hláste aj telefonicky nežiaducu reakciu alebo udalosť po jej zistení ZTB.

8. UPOZORNENIE

Rozbalený transplantát už nie je možné opätovne zabaliť, zmraziť ani skladovať.

ZA POSKYTOVATEĽA

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
Pracovisko: Združená tkanivová banka
Banka muskulo-skeletárnych a spojivových tkanív

Dátum

Meno oprávnenej osoby, podpis

NÁVOD NA MANIPULÁCIU S ALOGÉNNYM TRANSPLANTÁTOM SUŠENÝM

1. NÁZOV PRODUKTU	amniová membrána sušená
A) FORMA	tkanivo ľudského pôvodu alogénne, sterilné, sušené
B) VÝROBCA	Združená tkanivová banka / Banka muskulo-skeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice
C) KONTAKT	+421 (0)55 615 2064
D) POUŽITIE	transplantát použite len pre jedného pacienta

2. BALENIE A ZNAČENIE

Každý transplantát je individuálne balený do fóliových obalov. Primárny obal je vložený do sekundárneho obalu, ktorý obsahuje finálny štítok.

3. DODANIE

Sušené transplantáty sú dodávané v papierových obaloch. V obale je sprievodná dokumentácia.

4. ODPORÚČANÉ PODMIENKY SKLADOVANIA

Transplantát uchovávajte pri izbovej teplote na suchom mieste.

5. EXSPIRÁCIA

Je vyznačená na finálnom štítku. 2 roky od dátumu spracovania tkaniva pri laboratórnej teplote.

6. PRÍPRAVA TRANSPLANTÁTU NA POUŽITIE

- A) Vyberte transplantát a sprievodnú dokumentáciu z obalu.
 B) Skontrolujte vonkajší obal (v prípade porušenia obalu by mohla byť porušená sterilita vnútorného obalu, v tomto prípade transplantát nepoužívajte).
 C) Otvorte vonkajší, sekundárny obal za šípovito ukončenú časť tzv. Peel a transplantát v primárnom obale umiestnite asepticky na sterilné pole. Ďalšie manipulácie vykonávajte už len sterilne. Otvorte primárny obal. Transplantát vyberte, rehydratujte v kúpeli fyziologického roztoku cca 20 min. Použite ihneď.
 D) Ak nie je transplantát použitý zhruba do dvoch hodín od rozbalenia, zlikvidujte ho.

7. ZABEZPEČENIE SLEDOVATEĽNOSTI

Lekár je povinný vyplniť a zaslať ZTB priložený „Protokol o pacientovi, ktorému bol poskytnutý transplantát“ (F-727) s údajmi o príjemcovi transplantátu na zabezpečenie monitorovania ľudských tkanív a buniek podľa legislatívnych požiadaviek Slovenskej republiky a Európskej únie. Do protokolu zaznamenajte závažné komplikácie súvisiace s operačným výkonom. V súlade s legislatívou hláste aj telefonicky nežiaducu reakciu alebo udalosť po jej zistení ZTB.

8. UPOZORNENIE

Rozbalený transplantát už nie je možné opätovne zabaliť, sušiť ani skladovať.

ZA POSKYTOVATEĽA

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice Pracovisko: Združená tkanivová banka Banka muskulo-skeletárnych a spojivových tkanív	Dátum	Meno oprávnenej osoby, podpis, pečiatka
---	-------	---

NÁVOD NA MANIPULÁCIU S ALOGÉNNYM TRANSPLANTÁTOM LYOFILIZOVANÝM

1. NÁZOV PRODUKTU	spongióza mletá lyofilizovaná, kortikospongióza mletá lyofilizovaná, demineralizovaná kostná matrica lyofilizovaná
A) FORMA	muskuloskeletárne tkanivo ľudského pôvodu alogénne, sterilné, lyofilizované
B) VÝROBCA	Združená tkanivová banka / Banka muskulo-skeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice
C) KONTAKT	+421 (0)55 615 2064
D) POUŽITIE	transplantát použite len pre jedného pacienta

2. BALENIE A ZNAČENIE

Každý transplantát je individuálne balený do sklenených vialiek. Primárny obal je vložený do sekundárneho obalu, ktorý obsahuje finálny štítok.

3. DODANIE

Lyofilizované transplantáty sú dodávané v papierových obaloch. V obale je sprievodná dokumentácia.

4. ODPORÚČANÉ PODMIENKY SKLADOVANIA

Transplantát uchovávať pri izbovej teplote na suchom mieste.

5. EXSPIRÁCIA

Je vyznačená na finálnom štítku a na papierovom obale. 5 rokov od dátumu spracovania tkaniva pri laboratórnej teplote.

6. PRÍPRAVA TRANSPLANTÁTU NA POUŽITIE

- A) Vyberte transplantát a sprievodnú dokumentáciu z obalu.
- B) Skontrolujte obal a následne vialku, v ktorej je transplantát zabalený.
- C) Vonkajší, sekundárny obal uchopte za šípovito ukončenú časť tzv. Peel. Asepticky balenie otvorte a umiestnite vialku do sterilného operačného poľa. Potom sterilne odstráňte alumíniový a gumový uzáver fľaše. Vysypte obsah fľaštičky do sterilnej misky a pridajte menšie množstvo fyziologického roztoku na cca 10 - 15 min.
- D) V prípade silne zakrvácajúcej rany je možné použiť kostný transplantát bez predchádzajúceho zvlhčenia.
- E) Kostný materiál je možné zmiešať s venóznou krvou príjemcu alebo roztokom antibiotík.
- F) Ak nie je transplantát použitý zhruba do dvoch hodín od rozbalenia, zlikvidujte ho.

7. ZABEZPEČENIE SLEDOVATEĽNOSTI

Lekár je povinný vyplniť a zaslať ZTB priložený „Protokol o pacientovi, ktorému bol poskytnutý transplantát“ (F-727) s údajmi o príjemcovi transplantátu na zabezpečenie monitorovania ľudských tkanív a buniek podľa legislatívnych požiadaviek Slovenskej republiky a Európskej únie. Do protokolu zaznamenajte závažné komplikácie súvisiace s operačným výkonom. V súlade s legislatívou hláste aj telefonicky nežiaducu reakciu alebo udalosť po jej zistení ZTB.

8. UPOZORNENIE

Rozbalený transplantát už nie je možné opätovne zabaliť, lyofilizovať ani skladovať.

ZA POSKYTOVATEĽA

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice Pracovisko: Združená tkanivová banka Banka muskulo-skeletárnych a spojivových tkanív	Dátum	Meno oprávnenej osoby, podpis, pečiatka
---	-------	---

VRÁTENIE OČNÉHO TRANSPLANTÁTU	
<i>Vyplní objednávateľ</i>	
Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice ☎: +421 (0)55 640 2130
Objednávateľ	pracovisko:
Meno transplantujúceho lekára	
Číslo transplantátu na vrátenie	
Dôvod vrátenia transplantátu	
Spôsob skladovania transplantátu na pracovisku objednávateľa (vrátane teplotných podmienok)	
Dátum a čas zabalenia transplantátu	
Meno pracovníka zodpovedného za zabalenie a odoslanie transplantátu (u objednávateľa)	
Dátum a čas zabalenia zásielky	
Meno oprávnenej osoby, podpis a pečiatka (u objednávateľa)	
<i>Vyplní poskytovateľ (Združená tkanivová banka / Očná banka)</i>	
Dátum a čas doručenia zásielky	
Teplotné podmienky počas transportu	
Bola na fľaštičke ochranná fólia?	
Bola fľaštička s transplantátom riadne uzavretá?	
Meno pracovníka kontrolujúceho zásielku (u poskytovateľa)	
Podpis pracovníka kontrolujúceho zásielku	
Dátum a čas opätovného zhodnotenia tkaniva	
Je tkanivo vhodné pre opätovnú distribúciu?	
Meno a podpis pracovníka opätovne hodnotiaceho tkanivo (u poskytovateľa)	

VRÁTENIE TRANSPLANTÁTU	
<i>Vyplní objednávateľ</i>	
Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice / Rastislavova 43 / 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice / ☎ +421 (0)55 615 2064
Objednávateľ	pracovisko:
Číslo transplantátu na vrátenie	
Dôvod vrátenia transplantátu	
Spôsob skladovania transplantátu na pracovisku objednávateľa <small>(vrátane teplotných podmienok)</small>	
Dátum a čas zabalenia a odoslania transplantátu	
Meno pracovníka zodpovedného za zabalenie a odoslanie transplantátu <small>(u objednávateľa)</small>	
Dátum	
Meno oprávnenej osoby u objednávateľa, podpis, pečiatka	
<i>Vyplní poskytovateľ (Združená tkanivová banka / Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív)</i>	
Dátum a čas doručenia zásielky	
Bol transplantát vhodne zabalený na transport?	
Boli zabezpečené teplotné podmienky počas transportu?	
Bol primárny obal nepoškodený?	
Je transplantát vhodný pre opätovnú distribúciu?	
Dátum a čas kontroly vrátenej zásielky a opätovného zhodnotenia transplantátu	
Meno oprávnenej osoby zodpovednej za kontrolu vrátenej zásielky a opätovného zhodnotenia transplantátu	
Podpis oprávnenej osoby	

LIKVIDAČNÝ LIST ALOGÉNEHO OČNÉHO TRANSPLANTÁTU / TKANIVA / BUNIEK

(Objednávateľ je povinný zaslať poskytovateľovi bezodkladne po zlikvidovaní transplantátu.)

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice ☎: +421 (0)55 640 2130
Objednávateľ	pracovisko:

Evidenčné číslo transplantátu/ tkaniva/buniek (jednotný európsky kód)	
Druh tkaniva	
Dôvod likvidácie	

LIKVIDÁCIU NARIADIL

(POSKYTOVATEĽ)

ZA POSKYTOVATEĽA	
Meno oprávnenej osoby, podpis, pečiatka	
Dátum	

LIKVIDÁCIU VYKONAL

(OBJEDNÁVATEĽ POSKYTOVATEĽ)

ZA OBJEDNÁVATEĽA	
Meno oprávnenej osoby (podľa prílohy 19), podpis, pečiatka	
Dátum	
ZA POSKYTOVATEĽA	
Meno oprávnenej osoby, podpis, pečiatka	
Dátum	

LIKVIDAČNÝ LIST ALOGÉNNÉHO TRANSPLANTÁTU

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice / Rastislavova 43 / 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka / Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice / ☎ +421 (0)55 615 2064
Objednávateľ	pracovisko:

Evidenčné číslo tkaniva	
Druh tkaniva	
Dôvod likvidácie	

LIKVIDÁCIU NARIADIL (POSKYTOVATEĽ)

ZA POSKYTOVATEĽA

Meno oprávnenej osoby, podpis, pečiatka

Dátum

LIKVIDÁCIU VYKONAL (OBJEDNÁVATEĽ POSKYTOVATEĽ)

ZA OBJEDNÁVATEĽA

Meno oprávnenej osoby , podpis, pečiatka

Dátum

ZA POSKYTOVATEĽA

Meno oprávnenej osoby (podľa prílohy 19), podpis,
pečiatka

Dátum

Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice

ZOZNAM OPRÁVNENÝCH OSÔB OBJEDNÁVATEĽA

Poskytovateľ	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Rastislavova 43, 041 90 Košice pracovisko: Združená tkanivová banka Očná banka / Trieda SNP 1, 040 11 Košice ☎: +421 (0)55 640 2130 Banka muskuloskeletárnych a spojivových tkanív / Rastislavova 43 / 041 90 Košice / ☎ +421 (0)55 615 2064
Objednávateľ	pracovisko: