

## ENTNAHMEBERICHT FÜR KNORPELGEWEBE

A<sub>x</sub>1

## 1. Mobile Entnahmeeinrichtung

*Einrichtungsstempel, wenn vorhanden*Dr. Max Mustermann

Name der verantwortlichen ärztlichen Person

LKH Musterstadt

Name der mobilen Entnahmeeinrichtung

Orthopädie & Unfallchirurgie

Abteilung/Station

Musterstraße 1

Straße, Hausnummer

1000 Musterstadt

PLZ, Ort

## 2. Patientendaten (Spenderidentität)

Maxine Mustermann

Nachname, Vorname

12.03.2001

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

alternativ bitte hier

Patientenetikett mit Geburtsdatum und  
Patienten-ID

aufkleben

Geschlecht



Weiblich



Männlich

## 3. Name und Anschrift des Herstellers

CO.DON AG, Warthestraße 21, 14513 Teltow, Deutschland

CO.DON AG, Deutscher Platz 5d, 04103 Leipzig, Deutschland

Telefon: +49 (0)3328 - 4346 46, Fax: +49 (0)3328 - 4346 69

Der Herstellungsort wird auf der letzten Seite des Entnahmeberichtes von CO.DON ergänzt und der Klinik zur Verfügung gestellt.

## 4. Feststellung der Spendereignung



Der Patient ist einwilligungsfähig und wurde über den Gewebeentnahme- und Transplantationsprozess aufgeklärt. Die **Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung - Px1** (FB 10/08/72) wurde in die klinikinterne Spenderakte aufgenommen. Die **Ergebnisse der serologischen Untersuchung des Patientenblutes**, die durch CO.DON übermittelt werden, werden der klinikinternen Spenderakte beigefügt. Die **Anamnese des Patienten** ist Grundlage für die Feststellung der Spendereignung und liegt ebenfalls der klinikinternen Spenderakte bei.



Die Defekt-Lokalisation und Klassifizierung entsprechend den Kriterien der ICRS und der **Indikation sowie der Kontraindikationen** von Spherox (siehe **Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels** (FB 06/08/80)) wurden berücksichtigt.

bitte nur EINE Zahl angeben=die Summe der Defektgrößen in cm<sup>2</sup>

Defektgröße und Anzahl der Defekte

Defektgröße in cm<sup>2</sup>: 6 cm<sup>2</sup>(geschätzter Wert aller aufsummierten Defekte bis max. 10 cm<sup>2</sup>)Defektanzahl:  1  2  >2

# ENTNAHMEBERICHT FÜR KNORPELGEWEBE

A<sub>x</sub>1

## 5. Blutentnahme

Bitte bekleben Sie ALLE Monovetten mit Patientenetiketten!

Jede einzelne Monovette muss mit der Spenderidentität gekennzeichnet werden.

26.04.2021

Datum (TT.MM.JJJJ)

12:00

Uhrzeit (hh:mm)

## 6. Gewebeentnahme

26.04.2021

Datum (TT.MM.JJJJ)

08:00

Uhrzeit (hh:mm)

Entnahmestelle

- Kniegelenk  Links  Rechts

Verwendetes Entnahmeinstrument

- Stanze  Kürette  Scharfer Löffel  Skalpell  Rangeur

- Alle für die Gewebeentnahme verwendeten wiederverwendbaren Medizinprodukte wurden entsprechend § 3 Abs. 4 GSG aufbereitet.** Informationen für die Chargenrückverfolgung findet man im OP-Bericht.

Spendenkennungssequenz des entnommenen autologen Knorpelgewebes

Die Spendenkennungssequenz beginnt mit dem EU-Gewebeeinrichtungscodex, bestehend aus dem zweibuchstabigen ISO-Ländercode (z.B. AT) und einer 6-stelligen Gewebeeinrichtungsnummer. Danach folgt die 13-stellige eindeutige Spendennummer (gemäß EU-Richtlinie 2015/565).

Die Spendennummer ergibt sich zum einen aus der 5-stelligen Entnahmekitnummer, welche sich auf dem Entnahmekit selbst, dem Biopsat-Pufferröhrchen und dem Monovetten-Schutzgefäß befindet. Die folgenden 8 Zahlen ergeben sich aus dem Geburtsdatum des Spenders (Patienten).

A T 6 8 0 2 4 1

EU-Gewebeeinrichtungscodex

2 4 3 2 1

Entnahmekitnummer

1 2 0 3 2 0 0 1

Geburtsdatum des Spenders (TTMMJJJJ)

## 7. Meldung im Falle schwerwiegender Zwischenfälle oder schwerwiegender unerwünschter Reaktionen

Alle bekannt gewordenen schwerwiegenden unerwünschten Reaktionen bzw. schwerwiegende Zwischenfälle im Sinne von §17 Absatz 2 Gewebesicherheitsgesetz und entsprechende Verdachtsfälle, welche die Qualität und Sicherheit der Gewebe oder Gewebezubereitungen beeinflussen oder auf diese zurückgeführt werden könnten, müssen Haemo Pharma von der medizinischen Einrichtung unverzüglich gemeldet werden.

Zeitpunkt des Auftretens

Datum (TT.MM.JJJJ)

Uhrzeit (hh:mm)

Art und Umfang des festgestellten Qualitäts- oder Sicherheitsmangels sind auf dem Formblatt **Meldung zu unerwünschten Reaktionen/Zwischenfällen** (FB 10/08/80) oder dem Formular auf der Homepage des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen ([www.basg.gv.at](http://www.basg.gv.at)) zu dokumentieren und umgehend an Haemo Pharma ([pharmacovigilance@haemo-pharma.at](mailto:pharmacovigilance@haemo-pharma.at)) zu senden.

## 8. Beauftragung zur Herstellung von Spherox

Hiermit bestätige ich, dass der Patient für die Gewebeentnahme und für die Transplantation von Spherox geeignet ist. Die Gewebeentnahme wurde gemäß CO.DON Standards und §5 Abs. 1-15 GEEVO durchgeführt. Die **Ergebnisse der serologischen Untersuchung des Patientenblutes**, welche mir durch CO.DON übermittelt werden, werden der klinikinternen Spenderakte beigefügt.

Die Freigabe gemäß § 4 Absatz 1 iVm Absatz 2 und 3 des Gewebesicherheitsgesetzes erteile ich nach Vorliegen der Ergebnisse der serologischen Untersuchung des Patientenblutes auf dem Formblatt **Terminvereinbarung/Gewebefreigabe** (FB 06/08/73).

Hiermit beauftrage ich CO.DON mit der Herstellung von Spherox.

**Es darf NUR ein Spherox-geschulter freigegebener Arzt unterschreiben**

Musterstadt, 26.04.21  
Ort, Datum

Dr. Max Mustermann  
Name in Druckbuchstaben



Unterschrift !!

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

**DAS ORIGINAL BITTE DEM ENTNAHMEKIT BEIFÜGEN UND ZUSAMMEN MIT DEM BIOPSAT UND  
BLUT AN DIE CO.DON AG SCHICKEN.  
EINE KOPIE BITTE DER SPENDERAKTE HINZUFÜGEN.**

# ENTNAHMEBERICHT FÜR KNORPELGEWEBE

A<sub>x</sub>1

**Von CO.DON auszufüllen und als Empfangsbestätigung der Entnahme-  
einrichtung zur Verfügung zu stellen. (Nicht Zutreffendes bitte vollständig streichen!)**

## HERSTELLUNG IN LEIPZIG

Name und Anschrift des ATMP-Herstellers

CO.DON AG, Deutscher Platz 5d, 04103 Leipzig, Deutschland

Spendenkennungssequenz

A	T	6	8	0	2	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---

EU-Gewebeeinrichtungscode

--	--	--	--	--

Entnahmekitnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum des Spenders (TTMMJJJJ)

Patientenschlüssel

--	--	--	--	--

Auftragsnummer

--	--	--

Patientenkürzel

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum (DDMMJJJJ)

Produktkürzel Spx

Mitarbeiter \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## HERSTELLUNG IN TELTOW

Name und Anschrift des ATMP-Herstellers

CO.DON AG, Warthestraße 21, 14513 Teltow, Deutschland

Spendenkennungssequenz

A	T	6	8	0	2	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---

EU-Gewebeeinrichtungscode

--	--	--	--	--

Entnahmekitnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum des Spenders (TTMMJJJJ)

Patientenschlüssel

--	--	--	--	--

Auftragsnummer

--	--	--

Patientenkürzel

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum (DDMMJJJJ)

Produktkürzel Spx

Mitarbeiter \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_