**Indberetning af alvorlige bivirkninger**

**- for sundhedspersonale og modtagere af væv og celler samt disses pårørende**

Indberetning af alvorlige bivirkning sket ved eller efter brug af væv og celler (herunder kønsceller):

|  |  |
| --- | --- |
| Sted for anvendelse/behandling |  |
| Dato for anvendelse/behandling |  |
| Dato for start af bivirkning |  |
| Sædbank hvor sædstrå er leveret fra |  |
| Sæddonors nummer |  |
| Er der anvendt ægdonation? Hvis ja oplys evt donornummer |  |
| Navn på modtager af væv og celler |  |
| Beskrivelse af den alvorlige bivirkning |  |
| Navn, adresse på indberetter: |  |

Dato og underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_