**Ukončení skladování autokryospermií**

Rok ukončení skladování: …………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pořadí** | **Příjmení, jméno** | **Rodné číslo** | **Rok zamražení** | **Počet dávek** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dne ……….……………bylo na základě písemného souhlasu výše jmenovaných nebo jejich pozůstalých ukončeno skladování autokryokonzervovaných spermií v TZ CAR PORGYN FNOL.

Rozmražené dávky byly předány z TZ CAR PORGYN FNOL do sběrného místa pro likvidaci infekčního odpadu FNOL k likvidaci podle směrnice FNOL č. Sm-K001 Nakládání s odpady.

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka rozmrazovaných vzorků** | **Podpis zdravotnického pracovníka/svědka** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka rozmrazovaných vzorků** | **Podpis zdravotnického pracovníka/svědka** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení vedoucího lékaře nebo odpovědné osoby TZ CAR PORGYN FNOL** | **Podpis vedoucího lékaře nebo odpovědné osoby** |
|  |  |

V Olomouci dne ……………………….…