

Sid 1/2

Donatorskaraktisering/medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14

Namn och personnummer

Detta är frågor som intensivvården **ska utreda** inför en donation **via noggrann journalgranskning samt komplettera via den avlidnes närstående** för att ge grundläggande information för utvärdering av organfunktion.

Syftet är att minska risken för överföring av cancer och/eller smittsamma sjukdomar samt att värdera vilka organ som kan tas tillvara. Observera att det är transplantationsverksamheten som avgör om den avlidne är en medicinskt lämplig donator.

Längd:	Vikt:	Blodgrupp:
Hjärt-kärlsjukdom Om ja - hur länge, vilken behandling/läkemedel, finns hereditet		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hypertoni Om ja - hur länge, vilken behandling/läkemedel		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Lungsjukdom Om ja - vad och behandling		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Diabetes - typ I, typ II Om ja - debut när, behandling/läkemedel, finns hereditet		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Malignitet, tidigare eller pågående Om ja - vilken form (PAD-svar), när, behandling		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Allergiska reaktioner, överkänslighet födoämnen, läkemedel, andra allergener - Om ja, hur yttrar det sig, anafylaxi?		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Systemisk autoimmun sjukdom		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tuberkulos eller risk för tuberkulos Om ja - när och behandling		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Övriga sjukdomar Om ja - vilka, när, behandling/läkemedel		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Läkemedel Om ja - bifoga vb läkemedelslista		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Någon infektion innan eller i samband med dödsfallet Om ja - vilken typ av infektion (bakterie-, virus-, svamp-, parasitinfektion), behandling		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Sid 2/2

Donatorskaraktisering/medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14

Namn och personnummer

Tidigare eller pågående rökning Om ja - hur länge, ungefärlig mängd per dag	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tidigare eller pågående missbruk av alkohol Om ja - hur länge, ungefärlig mängd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tidigare eller pågående missbruk av narkotika/läkemedel Om ja - vilken/a droger, hur länge och administrering - intravenöst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Inspektion av hudkostym - ärr efter operation, stickmärken, hudförändringar, borttagna hudförändringar Om ja - vad, PAD-svar om borttagna förändringar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tatuering, piercing Om ja - när och i vilket land	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tidigare eller pågående känd smittsam sjukdom Om ja - vilken, behandling, när	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sexuell eller annan riskexponering för hepatit och/eller HIV Om ja - på vilket sätt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Rest eller bott utomlands det senaste året/sjukhusvård utomlands Om ja - i vilket land, när, hur länge, blodtransfusion, risk för överförbara infektionssjukdomar*	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tidigare eller pågående sjukdom som orsakas av prioner såsom: någon variant av Creutzfeldts-Jacobs sjukdom i släkten, snabbt tilltagande demens eller, degenerativ neurologisk sjukdom, hormoner från mänsklig hypofys t.ex. tillväxthormon eller transplanterat av hornhinna, sklera eller dura mater	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Genomgått xenotransplantation t.ex. biologisk hjärklaff, dura mater vid hjärnkirurgi eller andra preparat vid hjärtkirurgi Om ja - när och var	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Senaste månaderna vaccinerad med levande vaccin Influensa(inhalation), mässling, påssjuka röda hund, varicella, BCG, gula febern, ROTA-virus, smittkoppor, kolera (oralt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Exponering för eller intag av ett ämne som cyanid, bly, koppar och guld	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Risk för att barn < 18 månader fått en smittsam sjukdom överförd från sin biologiska mor	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Informationen inhämtad av (intensivvården):

Datum

Namn och titel