

Journalhandling för donationsingrepp på avliden donator (DBD/DCD)

SOSFS 2012:14

Punkterna 1-6 fylls i av den läkare som ansvarar för vården av donatorn

- Namn, personnummer: _____
- Uppgifter om utredning av donationsvilja
Viljan är **känd** Donationsregistret Muntligt Skriftligt/digitalt _____
Viljan är **tolkad** Närstående har tolkat viljan som positiv
Viljan är **okänd** Utredning visar ingen anledning att anta att ingreppet strider mot den enskildes vilja och anhöriga har inte lagt in veto
- Donation av organ och vävnader gäller för:**
 Transplantation och annat medicinskt ändamål Enbart för transplantation
Donationen gäller med undantag av följande organ / vävnader: _____
- Närstående som informerats: _____
- Dödsorsak(diagnos): _____
- Dödsfallet fastställt (datum & klockslag): _____

Läkare som beslutat om att donationsingreppet får utföras:

_____ Datum

_____ Sjukhus + Avdelning

_____ Namnteckning + namnförtydligande

Punkterna 7-11 fylls i av den transplantationskirurg som ansvarar för donationsingreppet

Datum och tid för op.start _____

- Uppgifter som är kontrollerade:
 Identitet kontrollerad mot ID-band
 Protokoll för bestämmande av människans död med hjälp av direkta kriterier
 Journalhandling för donationsingrepp på avliden - detta dokument, frågor 1-6
 Blodgruppering Donatorskaraktärisering Virusvar
- Organ och vävnader som tagits tillvara för transplantation:**
 Lever YJA10 **Njurar** YKA02 **Pancreas** för heltransplantation YJD30 **Pancreas** för ö-cellsframställning YJD00
 Hjärta för transplantation YFA00 **Lungor** YGA00 **Hjärta** för homograft YFA50 Annat organ _____
 Mjälte för immunologisk analys **Kärlgraft:** _____
- Organ och vävnader som tagits tillvara för annat medicinskt ändamål (forskning):
 Lever **Njure/njurar** **Pancreas**
 Hjärta **Lunga/lungor** Annat organ _____
- Orsak till att donationsingreppet inte fullföljdes:
- Fynd av betydelse för obduktion eller rättsmedicinsk undersökning:
(Vid rättsmedicinsk undersökning beskrivs ev. fynd i separat journalhandling)

Läkare som utfört donationsingreppet:

_____ Datum

_____ Transplantationsenhet

_____ Namnteckning + namnförtydligande