

## Donatorkaraktärisering (1:2)

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

## Donatorkarakterisering (2:2)

### Medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14

Namn och personnummer

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