

Bilaga 10: Formulär för rapportering från IVA till iSMart

RAPPORTANSVARIG: _____

Skriv, respektive ringa in, svar på frågorna nedan:

Sjukhus:		
Intensivvårdsavdelning:		
PATIENT/DONATOR		
Namn:	Kön:	Personnummer:
Datum och klockslag för start av intensivvård :		
Primär IVA-diagnos:		
ICD kod – utskriven med text/ord:		
Datum och klockslag då beslut om att avbyta livsuppehållande behandling fattades:		
Kontroll av korrekt dokumentation av processen avseende beslut att avbryta livsuppehållande behandling:		
JA - datum och klockslag:		NEJ
Datum och klockslag för brytpunktssamtal :		
Aktuellt med kontakt med polis/rättsmedicin :		JA NEJ
Datum och klockslag för utredning av patientens inställning till donation :		
Sökning i Donationsregistret , patient finns med:		JA NEJ
POSITIV VILJEYTRING/ NEGATIV VILJEYTRING KRING DONATION:		
<u>Om JA:</u> - Känd viljeytring muntligt - Donationskort - Donationsregister - Den avlidne tolkad som positiv av närstående - Närstående nyttjar inte sin vetorätt		<u>Om NEJ:</u> - Känd viljeytring muntligt - Donationskort - Donationsregistret - Den avlidne tolkad negativ av närstående - Närstående nyttjar sin vetorätt

NÄRSTÅENDE SOM DELTOG I UTREDNINGEN AV INSTÄLLNINGEN TILL DONATION (ringa in nedan):		
Maka/make	Partner	Sambo
Barn	Syskon	Förälder/föräldrar
Mor- och/eller farföräldrar	Annan släkting	Vän/God man/Annan
Beslutet om donation ska baseras på följande faktorer:	Ja	Nej
Närstående har accepterat beslutet att avbryta livsuppehållande behandling		
Låg sannolikhet för utveckling av total hjärnfarkt om intensivvården fortgår en skälig tid		
Hög sannolikhet för död inom tidsramen för DCD-processen		
Positiv inställning till donation		
Medicinskt lämplig		
Mottagare till organen identifierade		
I förekommande fall: godkännande till donation från polis		
BESLUT OM PATIENTEN ÄR AKTUELL FÖR DCD- DATUM OCH KLOCKSLAG:		
EJ AKTUELL FÖR DONATION:		
Medicinsk kontraindikation:	Negativ inställning (känd/tolkad) till donation:	
Veto från polis:	Organisatoriska skäl:	Annat:
Datum och klockslag för det faktiska avbrytande av livsuppehållande behandling:		
Typ av avbrytande (flerval):		
Respiratorbehandling (ja/nej):	Extubering/dekanylering (ja/nej):	
Vasoaktiva/inotropi (ja/nej):		
Förekomst av autoresuscitering	Annat:	
Ja, duration:	Nej:	
Datum och klockslag för:		
Cirkulationsstillestånd:		
Dödförklarad:	Avbrytande av DCD processen (pga. att patienten inte avlider inom 180/90 min):	
Ev kommentarer:		