

Donatorkaraktärisering (1:2)

Medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14

Namn och personnummer

Detta är frågor som intensivvården **ska utreda** inför en donation **genom 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 vårdtiden Om ja - vilken typ av infektion (bakterie-, virus-, svamp-, parasitinfektion), behandling		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
SARS-CoV-2 symtom/misstanke innan eller i samband med vårdtiden		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
SARS-CoV-2 tidigare genomgången, Om ja – när		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
SARS-CoV-2 vaccination, Om ja – när		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Donatorkarakterisering (2:2)

Medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14

Namn och personnummer

Tidigare eller pågående rökning

Om ja - hur länge, ungefärlig mängd per dag

Ja Nej **Tidigare eller pågående missbruk av alkohol**

Om ja - hur länge, ungefärlig mängd

Ja Nej **Tidigare eller pågående missbruk av narkotika/läkemedel**

Om ja – vilken/a droger, hur länge och administrering - intravenöst?

Ja Nej **Inspektion av hudkostym** - ärr efter operation, stickmärken,

hudförändringar, borttagna hudförändringar

Om ja – vad, PAD-svar om borttagna förändringar

Ja Nej **Tatuering, piercing**

Om ja – när och i vilket land

Ja Nej **Tidigare eller pågående känd smittsam sjukdom**

Om ja – vilken, behandling, när

Ja Nej **Sexuell eller annan riskexponering för hepatit och/eller HIV**

Om ja – på vilket sätt

Ja Nej **Rest eller bott utomlands det senaste året/sjukhusvård utomlands**

Om ja - i vilket land, när, hur länge, blodtransfusion, risk för överförbara infektionssjukdomar

Ja Nej **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 Nej **Genomgått xenotransplantation**

t.ex. biologisk hjärtklaff, dura mater vid hjärnkirurgi eller andra preparat vid hjärtkirurgi

Om ja - när och var

Ja Nej **Senaste månaderna vaccinerad med levande vaccin**

Influensa(inhalation), mässling, påssjuka röda hund, varicella, BCG, gula febern, ROTA-virus, smittkoppor, kolera (oralt)

Ja Nej **Exponering för eller intag av ett ämne som cyanid, bly, koppar och guld**Ja Nej **Risk för att barn < 18 månader fått en smittsam sjukdom överförd**

från sin biologiska mor

Ja Nej **Informationen inhämtad av (intensivvården):**

Datum

Namn och titel