

# DONATORRAPPORT

## DONATION AV HJÄRT- OCH KÄRLVÄVNAD

ID donator: \_\_\_\_\_

(Ifylles av Vävnadsinrättningen)

### DONATORUPPGIFTER:

Donatorns namn:.....

Personnummer (eller födelsedatum):..... Scandiatransplant nr:.....

Kontroll av donators identitet. Utförd av: ..... hur:.....

Man  Kvinna  Vikt:..... kg Längd:..... cm Blodgrupp:.....

Vävnad från:  Levande donator  Organdonator  Donation efter hjärtstillestånd

Avliden: Datum: ..... Klockslag:.....

Cirkulationsstopp: Datum:..... Klockslag:.....

Dödsorsak och underliggande diagnos:.....

Kända sjukdomar:.....

Medicinsk utredning och kontraindikationer kontrollerad av (namn):.....

Blodprov togs: Datum:..... Klockslag:.....

AntiHIV 1, 2: pos  neg  HBsAg: pos  neg  AntiHBc: pos  neg

AntiHCV: pos  neg  Lues: pos  neg  CMV: pos  neg

(fyll i de serologiska provsvar som är kända, medsänd blodprov 2x10 ml rör (utan tillsats) för PCR )

### SAMTYCKE:

Samtycke gavs datum: ..... Till (namn, befattning):.....

Samtycke av:

Patienten själv:  donationsregister  donationskort  annat:.....

Närstående. Namn:..... Relation:.....

Samtycke till:

Donation av vävnad för transplantation

Donation av vävnad för transplantation och annat medicinskt ändamål

### UTTAG AV DONATORVÄVNAD:

Beslut om tillvaratagande (läkares namn, hemsjukhus):.....

Uttagsoperation av (läkares namn, hemsjukhus):.....

Sjukhus där uttagsoperation utförts:.....

Datum/klockslag för uttag av vävnad:.....

Fynd/avvikelse som kan vara av betydelse för vävnaden:.....

Tillvaratagna vävnader:

Hjärtvävnad Transportlösning:..... Batchnr:..... Utgångsdatum:.....

Artär  Ven Transportlösning:..... Batchnr:..... Utgångsdatum:.....

Annat:..... Transportlösning:..... Batchnr:..... Utgångsdatum:.....

(Eller klistra batchetikett för transportlösning på rapportens baksida)

Donatorrapport ifylld av: ..... Datum: .....

Denna rapport ska sändas med hjärta/vävnad och blodrör till:

Vävnadsbanken, Skånes Universitetssjukhus, Lund, tel. 046-17 18 83

Cell och Vävnadslaboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg tel. 0736-60 15 59