

Donatorkaraktärisering (1:2)

Medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14

Namn och personnummer

Inför en organdonation ska intensivvården **utföra en anamnestisk utredning genom noggrann journalgranskning samt ta in kompletterande uppgifter från närstående.**

Syftet med den medicinska utredningen är att minska risken för överföring av malignitet och/eller andra sjukdomar. Det är transplantationsverksamheten som värderar vilka organ som är medicinskt möjliga att tillvara för transplantation.

Om det inte går att få fram någon av nedanstående frågeställningar genom journalgranskning eller samtal med närstående – dokumentera detta på raden – lämna inte raden tom.

Längd:	Vikt:	Blodgrupp:
Geografiskt ursprung (För bedömning om behov av utökad provtagning vid ursprung från endemiskt område):		
Hjärt-kärlsjukdom Om ja – diagnos _____, finns hereditet _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandling/läkemedel:		
Hypertoni Om ja – diagnostiserad år _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandling/läkemedel:		
Lungsjukdom Om ja – diagnos _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandling/läkemedel:		
Diabetes - typ I, typ II Om ja – diagnostiserad år _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandling/läkemedel:		
Malignitet, tidigare eller pågående Om ja - diagnostiserad år _____, uppföljning _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Typ av malignitet (PAD-svar): _____		
Behandling: _____		
Systemisk autoimmun sjukdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Övriga sjukdomar Om ja – diagnos, debutår: _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandling/läkemedel: _____		
Någon infektion innan eller i samband med vårdtiden Om ja - vilken typ av infektion (bakterie-, virus-, svamp-, parasitinfektion) _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandling _____		
Tuberkulos eller risk för tuberkulos (t.ex. född i eller boende i riskområde, levt med någon med känd TB) Om ja – år _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behandling/läkemedel: _____		
Allergiska reaktioner, överkänslighet Födoämnen, läkemedel, andra allergener - Om ja, hur yttrar det sig, anafylaxi?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Läkemedel Om ja – vilka eller bifoga läkemedelslista	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Donatorkaraktärisering (2:2)

Medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14

Namn och personnummer

Tidigare eller pågående rökning Ja Nej

Om ja - hur länge _____, om exrökare slutat år _____

Ungefärligt antal cigaretter/dag

Tidigare eller pågående missbruk av alkohol Ja Nej

Om ja - hur länge _____

Ungefärlig mängd _____, fått behandling?

Tidigare eller pågående missbruk av narkotika/läkemedel Ja Nej

Om ja – vilken/a droger _____

Hur länge och administrering - intravenöst?

Inspektion av hudkostym - Om ja – specificera: Ja Nej,
Ärr efter operation, stickmärken/andra märken inga förändringar

Hudförändringar/borttagna hudförändringar (PAD-svar?)

Tatuering, piercing senaste året Ja Nej

Om ja – när och i vilket land

Tidigare eller pågående känd smittsam sjukdom Ja Nej

Om ja – diagnos _____

Typ av behandling och när:

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

Om ja – på vilket sätt

Bott utomlands? Rest det senaste året? Sjukhusvård utomlands? Ja Nej

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

Tidigare eller pågående sjukdom som orsakas av prioner såsom: Ja Nej

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

Genomgått xenotransplantation Ja Nej

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

Om ja - när och var

Vaccinerad med levande vaccin (senaste tre månaderna) Ja Nej

Influensa(inhalation), MPR, varicella, bältros, ROTA-virus, BCG, gula febern, smittkoppor, kolera (oralt), tyfoid, denguefeber, Mpox mfl

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