

# Journalhandling (sid 1/2): Donatorskaraktärisering/ anamnes enligt SOSFS 2012:14

Patientidentitet:

*Detta är en lista på frågor som ansvarig person ska ställa till den avlidnes närstående. Syftet är att minska risken för överföring av cancer och/eller smittsamma sjukdomar samt att värdera vilka organ som kan tas tillvara.*

<b>Någon infektion precis innan dödsfallet</b> Om ja - vilken slags infektion, behandling på vilket sjukhus/VC	Ja	Nej
<b>Hjärt-kärlsjukdom</b> Om ja - hur länge, behandling på vilket sjukhus/VC Vilka läkemedel?, Antal olika läkemedel?	Ja	Nej
<b>Hypertoni</b> Om ja - hur länge, behandling på vilket sjukhus/VC Vilka läkemedel?, Antal olika läkemedel?	Ja	Nej
<b>Diabetes - Typ I Typ II</b> Om ja - hur länge, vilka mediciner, behandling på vilket sjukhus/VC	Ja	Nej
<b>Malignitet</b> Om ja - vilken form, när, behandling och på vilket sjukhus	Ja	Nej
<b>Allergi, överkänslighet</b> Om ja, i vilken form yttrar det sig	Ja	Nej
<b>Degenarativ sjukdom av okänt ursprung eller Creutz-Jacobs sjukdom eller snabbt tilltagande demenssjukdom</b>	Ja	Nej
<b>Finns sådan sjukdom i släkten?</b>	Ja	Nej
<b>Autoimmun sjukdom som tex. SLE, RA</b> Om ja - vilken form, när, behandling och på vilket sjukhus	Ja	Nej
<b>Tropisk sjukdom</b> Om ja - vilken form, när, behandling och på vilket sjukhus	Ja	Nej
<b>Tuberkulos</b> Om ja - när, behandling och på vilket sjukhus	Ja	Nej
<b>Genomgått transplantation av cornea, sklera eller dura mater</b>	Ja	Nej
<b>Övrig sjukdom</b> Om ja - vilken, när, behandling och på vilket sjukhus	Ja	Nej

**Forts. Journalhandling (sid 2/2)**  
**Donatorskaraktärisering/ anamnes enligt SOSFS**  
**2012:14**

<b>Rökning</b> Om ja - vad, hur länge, ungefärlig mängd per dag	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Missbruk av alkohol</b> Om ja - hur länge, ungefärlig mängd	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Missbruk av narkotika/mediciner</b> Om ja - intravenöst och/eller tabletter, vilken/a droger, hur länge	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Tatuering</b> Om ja - när och i vilket land utfördes den	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Piercing</b> Om ja - var, när och i vilket land utfördes den	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Utsatt för Hepatit- och/eller HIV-risk</b> Om ja - på vilket sätt	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Rest eller bott utomlands det senaste året/sjukhusvård utomlands</b> Om ja - i vilket land, när, hur länge, fått blodtransfusion	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Behandlats med hormoner från den mänskliga hypofysen eller mottagit xenotransplantat, ex grisklaff</b> Om ja - när och var	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Exponering för eller intag av ett ämne som cyanid, bly, koppar och guld</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Risk för att barn &lt; 18 månader fått en smittsam sjukdom överförd från sin biologiska mor</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Inspektion av hudkostym ( ärr efter en operation, övriga förändringar)</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Tidigare operationer</b> Om ja, när, vilket sjukhus och orsak	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Nyligen blivit vaccinerad med levande vaccin</b> tex mässling, påssjuka, röda hund, BCG eller gula febern	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>

**Informationen inhämtad av följade läkare eller sjuksköterska**

Datum:

Namn:

Yrke: