

Avliden:	Personnummer:	F-nr
Rättsmedicinska avdelningen i [FYLL I FÖRE UTSKRIFT]		

## Tillvarataganderapport för avliden donator, RMV

### I. Underlag för beslut om tillvaratagande

<b>BAKGRUND</b>			
<input type="checkbox"/> Den avlidnes identitet är styrkt av polisen.			
Polisdistrikt			
Kontaktad polis	Namn	Telefonnummer	Datum
Bevittnad död	Datum	Tidpunkt	
Sågs senast i livet	Datum	Tidpunkt	
Anträffades död	Datum	Tidpunkt	
Kroppen inkom	Datum	Tidpunkt	
Prel. uppgifter/omständigheter: .....			
.....			
.....			

<b>MEDICINSK UTREDNING</b>		
<input type="checkbox"/> Inga kända allmänna medicinska kontraindikationer (se checklista)		
<input type="checkbox"/> Vävnadsspecifika kontraindikationer eller andra omständigheter som talar mot tillvaratagande: ..... .....		
<input type="checkbox"/> Kända sjukdomar..... .....		
Den avlidnes vikt.....kg		Den avlidnes längd.....cm
Riskbeteende (se checklista): <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Osäkert/uppgift saknas		
<b>Blodprovstagning</b>		
<input type="checkbox"/> Den avlidnes identitet har kontrollerats.		
Blodprov har tagits av:		
Namn	Datum	Tidpunkt

Avliden:	Personnummer:	F-nr
Rättsmedicinska avdelningen i [FYLL I FÖRE UTSKRIFT]		

## SAMTYCKE alt. NÄRSTÅENDES BESKED

Sökning i donationsregistret har gjorts av:

Namn	Datum	Tidpunkt
------	-------	----------

### A) Den avlidnes inställning är känd

samtycke till att vävnad tillvaratas har meddelats

i donationsregistret  på donationskort  på annat sätt (ange hur): .....

**Den avlidne donerar sina vävnader**

för transplantation och annat medicinskt ändamål

enbart för transplantation.

**Den avlidne motsätter sig tillvaratagande av:**

Hjärtklaffar  Hornhinnor  Hud  Hörselben  All vävnad

Kommentar (t.ex. andra undantag): .....

Närstående har informerats om att vävnad kommer att tillvaratas enligt den avlidnes vilja.

Närståendes namn	Telefonnummer	Relation till den avlidne
	Datum	Tidpunkt

### B) Den avlidnes inställning är inte känd.

Närstående har tillfrågats om den avlidnes inställning till donation av vävnad

Närståendes namn	Telefonnummer	Relation till den avlidne
Närstående har tillfrågats	Datum	Tidpunkt
Närstående har svarat	Datum	Tidpunkt

Närstående **motsätter sig inte** att vävnad tillvaratas för transplantation.

Närstående **motsätter sig inte** att vävnad tillvaratas för annat medicinskt ändamål.

Närstående **motsätter sig** tillvaratagande av följande vävnader:

Hjärtklaffar  Hornhinnor  Hud  Hörselben  All vävnad

Kommentar (t.ex. andra undantag): .....

Samtal med närstående har genomförts av:

Namn
------

Avliden:	Personnummer:	F-nr
Rättsmedicinska avdelningen i [FYLL I FÖRE UTSKRIFT]		

## II. Tillvaratagande

### YTRE BESIKTNING OCH GODKÄNNANDE AV RÄTTSLÄKARE

Undertecknad har genomfört yttre besiktning och tagit del av utredningen av den medicinska bakgrunden och därvid inte funnit några medicinska kontraindikationer.

Vävnad kan tillvaratas enligt följande:

Hjärtklaffar    Hornhinnor    Hud    Hörselben    Annan vävnad

Kommentar (t.ex. undantag).....

Eventuella fynd vid yttre besiktning som kan vara av betydelse för tillvaratagandet:.....

Underskrift	Datum	Tidpunkt
Namnförtydligande		

### TILLVARATAGET MATERIAL

<input type="checkbox"/> <b>Hjärtklaffar</b> Hjärtvikt: ..... g Lösning: ..... ID-kod: ..... <input type="checkbox"/> Avvikelse från SOP, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....	<input type="checkbox"/> <b>Öga-hornhinna höger</b> <input type="checkbox"/> <b>Öga-hornhinna vänster</b> Lösning: ..... ID-kod: ..... <input type="checkbox"/> Avvikelse från SOP, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....
<input type="checkbox"/> <b>Hud</b> Yta: ..... dm <sup>2</sup> Lösning: ..... ID-kod: ..... <input type="checkbox"/> Avvikelse från SOP, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....	<input type="checkbox"/> <b>Hörselben höger</b> <input type="checkbox"/> <b>Hammare</b> <input type="checkbox"/> <b>Städ</b> <input type="checkbox"/> <b>Hörselben vänster</b> <input type="checkbox"/> <b>Hammare</b> <input type="checkbox"/> <b>Städ</b> <input type="checkbox"/> Avvikelse från SOP, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....
<input type="checkbox"/> <b>Temporalben höger</b> <input type="checkbox"/> <b>Temporalben vänster</b> <input type="checkbox"/> Avvikelse från SOP, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....	<input type="checkbox"/> <b>[Eget alternativ]</b> ..... <input type="checkbox"/> Avvikelse, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....
<input type="checkbox"/> <b>[Eget alternativ]</b> ..... <input type="checkbox"/> Avvikelse, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....	<input type="checkbox"/> <b>[Eget alternativ]</b> ..... <input type="checkbox"/> Avvikelse, se bilaga Utfört av: ..... Datum och tidpunkt: .....

Avliden:	Personnummer:	F-nr
Rättsmedicinska avdelningen i [FYLL I FÖRE UTSKRIFT]		

<p><b>VÄVNADENS KVALITET</b></p> <p>Fynd vid tillvaratagandet som kan vara av betydelse för vävnaden: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Avvikande händelse vid tillvaratagandet: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>DÖDSORSAK</b></p> <p>.....</p>
--------------------------------------

<p><b>TILLVARATAGANDET AVBRYTS</b></p> <p>Vävnad: .....</p> <p>Orsak: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vävnaden tillbakalagd i kroppen      <input type="checkbox"/> Vävnaden lämnad till destruktion</p> <table border="1"> <tr> <td>Namn</td> <td>Datum</td> <td>Tidpunkt</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Namn	Datum	Tidpunkt			
Namn	Datum	Tidpunkt				

<p><b>UNDERSKRIFT</b></p> <p>Undertecknad intygar att tillvarataganderapporten är korrekt, och att levererade vävnader, transportförhållanden, förpackning, märkning, följedokument och bifogade prover uppfyller kraven i SOSFS 2009:30 och i den mottagande enhetens specifikationer.</p> <table border="1"> <tr> <td>Underskrift</td> <td>Datum</td> <td>Tidpunkt</td> </tr> <tr> <td>Namnförtydligande</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>	Underskrift	Datum	Tidpunkt	Namnförtydligande		
Underskrift	Datum	Tidpunkt				
Namnförtydligande						

**ENHET SOM REKVIRERAT VÄVNADERNA**

- |                                                             |                                |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vävnadsbanken Lund                 | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Hornhinnebanken St Erik, Stockholm | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Hornhinnebanken Örebro             | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Hornhinnebanken Linköping          | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Hornhinnebanken Göteborg           | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Hudbanken, Linköping               | <input type="checkbox"/> ..... |
| <input type="checkbox"/> Hudbanken, Uppsala                 | <input type="checkbox"/> ..... |

Avliden:	Personnummer:	F-nr
Rättsmedicinska avdelningen i [FYLL I FÖRE UTSKRIFT]		

## BILAGA: Checklista kontraindikationer m.m.

Här redovisas allmänna medicinska kontraindikationer, riskbeteenden samt kontraindikationer och omständigheter som talar mot tillvaratagande av en viss vävnad. Undantag får medges på grundval av en dokumenterad riskbedömning som har godkänts av verksamhetschefen eller den medicinskt ansvarige på den vävnadsinrättning som tar emot vävnaden. Osäkra fall diskuteras med vävnadsinrättningen.

### Allmänna medicinska kontraindikationer m.m.

#### Följande kontraindikationer har noterats

- Pågående eller tidigare förekomst av en sjukdom med okänd orsak som kan försämra vävnadernas kvalitet.
- Pågående eller tidigare förekomst av malign sjukdom.

**OBS:** Primär basaltumör, lokalt begränsad cancer i livmoderhalsen och vissa typer av primärtumörer i centrala nervsystemet är inte strikta kontraindikationer utan måste utvärderas enligt tillgänglig vetenskap. Donatorer med maligna sjukdomar får utvärderas och övervägas för hornhinnedonation, förutom donatorer med retinoblastom, leukemi, lymfom, myelom eller maligna tumörer i ögonglobens främre del.

- Sjukdom som orsakas av prioner, t.ex. Creutzfeldt-Jacobs sjukdom. Även förekomst av sådan sjukdom i den tilltänkta donatorns släkt är en kontraindikation.
- Snabbt tilltagande demens eller en degenerativ neurologisk sjukdom av känt eller okänt ursprung
- Systemisk infektion som inte är under kontroll vid tiden för donationen, såsom bakteriesjukdomar, systemiska virus-, svamp- eller parasitinfektioner eller svår lokal infektion i de vävnader eller celler som ska doneras.
 

**OBS:** En tilltänkt donator med bakteriell septikemi får utvärderas och eventuellt komma i fråga för hornhinnedonation förutsatt att hornhinnan förvaras i ett organmedium så att det blir möjligt att spåra eventuell bakteriell kontaminering av vävnaden.
- Tidigare förekomst av eller kliniska resultat eller laboratorietest som påvisar infektion med humant immunbristvirus typ 1 eller 2 (HIV 1 eller HIV 2), akut eller kronisk infektion med hepatit B-virus (utom för personer med dokumenterad immunstatus som tyder på utläkt infektion), infektion med hepatit C-virus eller infektion med humant T-cellslymfotropt virus typ I eller II (HTLV I eller HTLV II) samt risk för överföring av eller bevis på riskfaktorer för dessa infektioner.
- Tidigare förekomst av en kronisk, systemisk autoimmun sjukdom som kan försämra vävnadernas kvalitet.
- Den tilltänkta donatorn har mottagit hormoner från en människas hypofys, t.ex. tillväxthormoner, transplanterat av hornhinna, sklera eller dura mater, eller har genomgått odokumenterade neurokirurgiska ingrepp där dura mater kan ha använts.
- Den tilltänkta donatorn har exponerats för eller intagit ett ämne, t.ex. cyanid, bly, koppar eller guld, som kan överföras till mottagaren i sådan omfattning att det kan innebära risk för dennes hälsa.
- Den tilltänkta donatorn har nyligen blivit vaccinerad med levande, försvagat virus där det anses finnas en risk för överföring.
- Den tilltänkta donatorn har genomgått xenotransplantation.

#### Övrigt

- Dödsorsaken är okänd.
 

**OBS:** Tillvaratagande får göras om dödsorsaken sedan kan fastställas vid en obduktion och kontraindikationer då utesluts.
- Det finns indikationer på att testresultaten för blodprover kan vara otillförlitliga, t.ex. pga. hemodilution eller behandling med immunsuppressiva medel eller höga doser av kortison.
- Det finns tecken på andra riskfaktorer för överförbara sjukdomar. Riskbedömningen utgår från donatorns ursprung, resvanor och riskexponering, t.ex. sexuell riskexponering, injektionsmissbruk samt vistelse i område med lokal geografisk förekomst av infektionssjukdomar som kan överföras vid transplantation.

Avliden:	Personnummer:	F-nr
Rättsmedicinska avdelningen i [FYLL I FÖRE UTSKRIFT]		

#### Den tilltänkta donatorn är ett barn som:

- fötts av en kvinna som är infekterad med HIV 1 eller HIV 2 eller ett barn till en kvinna som uppvisar någon av de allmänna kontraindikationerna ovan. *Detta är en kontraindikation till dess risken för överföring av infektion slutgiltigt kan uteslutas.*
- är yngre än 18 månader och som har fötts av en kvinna som är infekterad med eller som riskerar att ha smittats med HIV 1 eller HIV 2, hepatit B-virus, hepatit C-virus eller HTLV I eller HTLV II och som har ammat av sin mor under de senaste tolv månaderna. *Detta är en kontraindikation oavsett resultatet av laboratorietesterna.*
- fötts av en kvinna som är infekterad med eller som riskerar att ha smittats med HIV 1 eller HIV 2, hepatit B-virus, hepatit C-virus eller HTLV I eller HTLV II. *Detta är inte en kontraindikation om barnet inte ammat av sin mor de senaste tolv månaderna och om man inte kan påvisa infektion med dessa smittämnen vid laborietester, läkarundersökningar eller genomgång av patientjournaler.*

#### Vävnadsspecifika kontraindikationer m.m.

Listan innehåller vävnadsspecifika kontraindikationer och andra omständigheter som talar mot tillvaratagande. Observera att alla uppräknade faktorer inte omöjliggör tillvaratagande, utan vävnadsinrättningen måste göra en riskbedömning och avgöra om vävnaden går att använda. Vid osäkerhet, diskutera med vävnadsinrättningen!

#### Hjärtklaffar

- Donatorn har bindvävssjukdomar såsom Marfans syndrom.
- Donatorn har tidigare blivit hjärtopererad (öppen hjärtkirurgi).
- Donatorn är äldre än 70 år.
- Postmortaltiden vid tidigast möjliga tillvaratagande kommer att överstiga 48 timmar.

#### Hornhinnor

- Donatorn har erhållit cytostatikabehandling nyligen eller blivit strålbehandlad mot ögonregion.
- Donatorn har blivit tatuerad eller piercad de senaste 6 månaderna.
- Postmortaltiden vid tidigast möjliga tillvaratagande kommer att överstiga 48 timmar.

#### Hud

- Donatorn har en hudsjukdom, t.ex. psoriasis, pemfigus, (neuro)fibrom eller motsvarande.
- Donatorn har (hud)malignitet, t.ex. malignt melanom, skivepitelcancer, basaliom
- Donatorn har tatueringar i hudtagningsområdena.
- Donatorn har utbredda ärr i hudtagningsområdena.
- Donatorn har sår i hudtagningsområdena.
- Postmortaltiden vid tidigast möjliga tillvaratagande kommer att överstiga 72 timmar.