

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 <input type="checkbox"/>	Kvinna <input type="checkbox"/>	Vikt:kg	Längd:cm	Blodgrupp:
Vävnad från: <input type="checkbox"/> Levande donator		<input type="checkbox"/> Organdonator	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	HBsAg: pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	AntiHbC: pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	AntiHCV: pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	
Syfilis: pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2: pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	CMV: pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>		
(fyll i de serologiska provsvar som är kända, medsänd blodprov 2x10 ml rör (utan tillsats) för PCR)				

SAMTYCKE:

Samtycke gavs datum:		Till (namn, befattning):	
<u>Samtycke av:</u>			
<input type="checkbox"/> Patienten själv:	<input type="checkbox"/> donationsregister	<input type="checkbox"/> donationskort	<input type="checkbox"/> annat:
<input type="checkbox"/> Närstående. Namn:	Relation:		
<u>Samtycke till:</u>			
<input type="checkbox"/> Donation av vävnad för transplantation			
<input type="checkbox"/> 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:			
<input type="checkbox"/> Hjärtvävnad	Transportlösning:	Batchnr:	Utgångsdatum:
<input type="checkbox"/> Artär <input type="checkbox"/> Ven	Transportlösning:	Batchnr:	Utgångsdatum:
<input type="checkbox"/> Annat:	Transportlösning:	Batchnr:	Utgångsdatum:
(Eller klistra batchetikett för transportlösning på rapportens baksida)			

Donatorrapport ifylld av:	Datum:
---------------------------------	--------------

Denna rapport sändes med tillvaratagen vävnad och blodrör till:

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

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