

DONATORRAPPORT

DONATION AV HJÄRT- OCH KÄRLVÄVNAD

ID donator: _____

(Ifylles av Vävnadsinrättningen)

DONATORUPPGIFTER:

Donatorns initialer:

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

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

Man Kvinna Vikt:.....kg Längd:.....cm Blodgrupp:.....Vävnad från: Levande donator Organdonator/DBD Organdonator/DCD Donation efter cirkulationsstillestånd

Avliden: Datum: Klockslag:.....

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

Dödsorsak och underliggande diagnos:.....

Kända sjukdomar:.....

Medicinsk utredning och kontraindikationer kontrollerad enl. "Krav på donatorers lämplighet vid donation av kardiiovaskulär vävnad" (vavnad.se/hjartklaffar/dokument/) av (namn):

Blodprov togs: Datum: Klockslag:

AntiHIV 1, 2: pos neg HBsAg: pos neg AntiHbC: pos neg AntiHCV: pos neg Syfilis: pos neg CMV: pos neg

Fyll i de serologiska provsvar som är kända.

(Medsänd blodprov 2x10ml rör (utan tillsats) för PCR, gäller för Vävnadsbanken i Lund.)

UTREDNING AV DONATIONSVILJA:

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

Uppgifter om utredning av donationsvilja:

 Känd vilja: donationsregister muntligt skriftligt/digitalt Tolkad vilja; närstående har tolkat viljan som positiv Okänd vilja: Utredning visar ingen anledning att anta att ingreppet strider mot den enskildes vilja

Donation av vävnader gäller för:

 Transplantation Transplantation och annat medicinskt ändamål

Närstående som har informerats: Namn:..... Relation:.....

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 tillvaratagen vävnad till: Cell och Vävnadslaboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg tel. 0736-60 15 59 Vävnadsbanken, Skånes Universitetssjukhus, Lund, tel. 046-17 18 83 (inklusive blodrör)