

Sid 1/2		
<b>Donatorskaraktärisering/ medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14</b>	Namn och personnummer	
<p>Detta är en lista på frågor som intensivvården inför en donation <u>ska utreda via journalgranskning samt komplettera vid behov via den avlidnes närstående</u>. Syftet är att minska risken för överföring av cancer och/eller smittsamma sjukdomar samt att värdera vilka organ som kan tas tillvara. <u>Observera att det är transplantationsenheten som avgör om den avlidne är en lämplig donator</u>. Detta formulär skickas till transplantationskoordinatörn.</p>		
Någon <b>infektion</b> precis innan dödsfallet	Ja	Nej
Om ja - vilken slags infektion, behandling på vilket sjukhus/VC		
<b>Hypertoni, Hjärt-kärlsjukdom</b>	Ja	Nej
Om ja - hur länge, behandling på vilket sjukhus/VC		
Vilka läkemedel?		
<b>Diabetes</b> - Typ I Typ II	Ja	Nej
Om ja - hur länge, vilka mediciner, behandling på vilket sjukhus/VC		
<b>Malignitet</b>	Ja	Nej
Om ja - vilken form, när, behandling och på vilket sjukhus		
<b>Allergi, överkänslighet</b>	Ja	Nej
Om ja, i vilken form yttrar det sig		
<b>Degenerativ sjukdom</b> av okänt ursprung <i>eller</i> <b>Creutzfeldt-Jacobs sjukdom</b> <i>eller</i> <b>snabbt tilltagande demenssjukdom</b>	Ja	Nej
Finns sådan sjukdom i släkten?	Ja	Nej
<b>Autoimmun sjukdom</b> som t.ex. SLE, RA	Ja	Nej
Om ja - vilken form, när, behandling och på vilket sjukhus		
<b>Tropisk sjukdom</b>	Ja	Nej
Om ja - vilken form, när, behandling och på vilket sjukhus		
<b>Tuberkulos</b>	Ja	Nej
Om ja - när, behandling och på vilket sjukhus		
Genomgått <b>transplantation av cornea, sklera</b> eller <b>dura mater</b>	Ja	Nej
<b>Övrig sjukdom</b>	Ja	Nej
Om ja - vilken, när, behandling och på vilket sjukhus		

Sid 2/2			
<b>Donatorskaraktärisering/ medicinsk utredning enligt SOSFS 2012:14</b>		Namn och personnummer	
<b>Rökning</b>	Ja	Nej	
Om ja - vad, hur länge, ungefärlig mängd per dag			
<b>Missbruk av alkohol</b>	Ja	Nej	
Om ja - hur länge, ungefärlig mängd			
<b>Missbruk av narkotika/läkemedel</b>	Ja	Nej	
Om ja - intravenöst och/eller tabletter, vilken/a droger, hur länge			
<b>Tatuering</b>	Ja	Nej	
Om ja - när och i vilket land utfördes den			
<b>Piercing</b>	Ja	Nej	
Om ja - var, när och i vilket land utfördes den			
<b>Utsatt för Hepatit- och/eller HIV-risk</b>	Ja	Nej	
Om ja - på vilket sätt (ex. sexuell riskexposition)			
<b>Rest eller bött utomlands</b> det senaste året/sjukhusvård utomlands	Ja	Nej	
Om ja - i vilket land, när, hur länge, fått blodtransfusion			
<b>Behandlats med hormoner från den mänskliga hypofysen eller mottagit xenotransplantat</b> , ex grisklaff	Ja	Nej	
Om ja - när och var			
<b>Exponering för eller intag</b> av ett ämne som cyanid, bly, koppar och guld	Ja	Nej	
<b>Risk för att barn &lt; 18 månader fått en smittsam sjukdom överförd från sin biologiska mor</b>	Ja	Nej	
<b>Finns ärr</b> efter operation eller <b>övriga förändringar på huden</b>	Ja	Nej	
Om ja - vad			
<b>Nyligen blivit vaccinerad med levande vaccin</b> t.ex. mässling, påssjuka röda hund, BCG eller gula febern	Ja	Nej	
<b>Informationen inhämtad av</b>			
_____	_____	_____	
Datum	Namn	Titel	