

Hornhinnedonation/ Huddonation, utredningsblankett

..... Avled datum: Kl.....
Kodat personnummer År + 4 sista siffrorna + initialer

Närstående tillfrågas, om möjligt i samband med omhändertagande av avlidne patient, för att utröna den avlidnes inställning till donation av ögonvävnad och/eller hud.

- Kontraindikation är blodmalignitet, MS, ALS, Parkinsons- och Alzheimers sjukdom.
- Annan malignitet eller infektion är INTE kontraindikation.

Donation

Blodprov från donatorn ska äga rum inom 24 timmar post mortem, detta tas på patologavdelningen. Efter hornhinnedonation ersätts ögonvävnaden med protes. Inga yttre tecken kommer att finnas efter ingreppet. Huddonation sker ytligt på kroppens baksida och syns inte vid eventuell visning efteråt.

Närstående eller vårdpersonal känner till att tatuering eller piercing är gjord inom de senaste **6 månaderna**?

ja nej

Är den avlidnes inställning till donation känd?

ja nej

Närstående känner till eller tolkar den avlidnes inställning positiv till donation av:

ögonvävnad hud

för transplantation och annat medicinskt ändamål enbart för transplantation

.....släktskap och namn

Närstående känner till eller tolkar den avlidnes inställning negativ till donation

Närstående är **EJ** tillfrågade om donation

Vid samtycke tas beslut om vävnadsdonation av ansvarig läkare vid VO laboratoriemedicin USÖ efter utredning av medicinsk lämplighet.

Ansvarig uppgiftslämnare

.....
Namn

.....
Arbetsplats

.....
Tel nr

Blanketten skickas till rörpost 840.

Hornhinnebanken telefon 019-602 24 18

POSTADRESS

Universitetssjukhuset Örebro
VO laboratoriemedicin, Hornhinnebanken
701 85 Örebro

Tel: 019-602 24 18

76086 R9