

IMPROVED Heart

Patientnamn:

Personnummer:.....Scandianummer.....

Gick hjärtat till donation?

JA NEJ Om JA, till vilket center _____

Beslutande kirurg: _____ Datum _____

Om ingen hjärt donation på EGET center, v.g. ange orsaker:

Kardiella faktorer	Bidragande orsak	Avgörande orsak
--------------------	------------------	-----------------

Verifierad strukturell hjärtsjukdom ex klaffel, LVH, CAD.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Misstänkt hjärtsjukdom, v.g. ange i kommentarsfält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

För dålig hjärtfunktion (EF < 50% och/eller RWMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Hjärtskada, ex trauma, troponin stegring		
--	--	--

Långt hjärtstopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

Svårbehandlade arytmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Instabil donator /stort inotropibehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Andra faktorer	Bidragande orsak	Avgörande orsak
----------------	------------------	-----------------

Urgent Call, annat center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Utvecklar ej hjärndöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Ingen recipient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Mismatch i storlek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

Donators ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------

Donators komorbiditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Blodsmitta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Förväntat lång ischemitid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Tidsbrist /Kapacitetsbrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

Ny värdering på operation	<input type="checkbox"/> Ange: _____	
---------------------------	--------------------------------------	--

Andra donatorsfaktorer	<input type="checkbox"/> Ange: _____	
------------------------	--------------------------------------	--

Annan orsak,	<input type="checkbox"/> Ange: _____	
--------------	--------------------------------------	--

KOMMENTAR/ÖVRIGT: _____

Förkortningar:

LVH= Left Ventricular Hypertrophy, CAD: Coronary Artery Disease, RWMA: Regional Wall Motion Abnormalities