

IMPROVED Heart

IMPACT OF DONOR HEART FUNCTION ON RECIPIENT OUTCOMES –
A PROSPECTIVE STUDY TO INCREASE THE UTILIZATION OF DONOR HEARTS

ALLMÄNT

Namn: _____
Personnummer: _____
Sjukhus: _____
Datum för inklusion: _____

För inklusion, samtliga skall vara uppfyllda:

- Möjlig donator, ≥ 18 och ≤ 70 år
- Brytpunktsbeslut är fattat
- Donationviljan är positiv
- UCG planeras

VÅRDFÖRLOPP

IFYLLES AV LÄKARE PÅ IVA

Insjuknande

Datum
Tid

Respiratorvård startad

Datum
Tid

DÖDSORSAK, välj ett alternativ.

Hypoxiskt hjärnödem

- Hjärtstopp
- Respiratorisk svikt/hypoxi
- Annat _____

Cerebrovaskulär orsak

- Intracerebral blödning
- Subarachnoidal blödning
- Traumatisk hjärnblödning
- Trombos/emboli

Övriga

- CNS-tumör
- Annat _____

SKADEMEKANIK

- Drunkning
- Hängning
- Kvävning
- Intoxikation: Substans(er) _____
- Kramper
- Kardiovaskulär händelse
- Cerebrovaskulär händelse
- Skottskada
- Trubbigt våld
- Meningit
- Annan _____

Ifyllt av : Namn

Telefonnummer:

IFYLLES AV LÄKARE PÅ IVA

UCG

Var god utfärda remiss för hjärtultraljudsundersökning med nedanstående frågeställningar enligt lokala rutiner. Resultat behöver inte fyllas i av IVA.

Utförs UCG av annan än läkare från klinisk fysiologi tacksam om **bilder sparas** och protokollet **"Extra UCG-protokoll IVA"** ifylles.

Ejektionsfraktion? VTI? SV? Cardiac Index? Hypertrof vänsterkammare/septumtjocklek? Regionalitet? PA-tryck? TR Vmax? RVs'? TAPSE? Högerkammarmfunktion? Klaffvitier?

Har ett UCG utförts tidigare under aktuellt vårdtillfälle? Ja Nej

Neurologstatus i nära anslutning till UCG. Detta för att värdera hjärtfunktionen i relation till neurologiskt sjukdomsförlopp.

DATUM..... TID..... NAMN undersökande läkare.....

Dödförklarad Ja Nej

Om ej dödförklarad, v.g. ange

RLS : Patologiskt böjmönster
 Patologiskt sträckmönster
 Ingen reaktion Inte bedömd

Pupiller: Höger ljusstel, dilaterad pupill? Ja Nej Inte bedömd
 Vänster ljusstel, dilaterad pupill? Ja Nej Inte bedömd

IFYLLES AV SJUKSKÖTERSKA PÅ IVA

Vänligen ta en arteriell blodgas och beställ TnT alternativt TnI , och NT-proBNP , samt fyll i nedanstående parametrar **i samband med UCG-undersökningen.**

Namn ifyllande sjuksköterska..... DATUM..... TID.....

Lab

TnT _____ng/L alternativt TnI _____ng/L NT-proBNP _____ng/L
 PaO₂_____kPa med FiO₂_____%

Respirator

PEEP_____cmH₂O Topptryck_____cmH₂O Tidalvolym_____ml/kg/PBW

Hemodynamik

MAP_____mmHg Puls_____bpm

Inotropi

Noradrenalin Dos_____µg /kg/minut Milrinon Dos_____µg /kg/minut

Levosimendan Dos_____µg /kg/minut Dobutamin Dos_____µg /kg/minut

Annan vasoaktiv drog (t. ex. Labetalol, Dopamin, vasopressin osv) Typ_____ Dos_____

Erhållit men avslutat vasopressorstöd/inotropibehandling innan första UCG?

Preparat_____ Högsta dos_____µg /kg/minut. Antalet timmar med vasopressorstöd_____tim.

Hormonell behandling

Metylprednisolon (Solu-Medrol) givet? Ja Nej Om ja, vilken dos? _____mg

Datum:_____ Tidpunkt:_____

IFYLLES AV LÄKARE PÅ IVA**UCG**

Var god utfärda remiss för hjärtultraljudsundersökning med nedanstående frågeställningar alt. enligt lokala rutiner. Resultat behöver inte fyllas i av IVA.

Utförs UCG av annan än läkare från klinisk fysiologi tacksam om **bilder sparas** och protokollet **"Extra UCG-protokoll IVA"** ifylles.

Ejektionsfraktion? VTI? SV? Cardiac Index? Hypertrof vänsterkammare/septumtjocklek? Regionalitet? PA-tryck? TR Vmax? RVs? TAPSE? Högerkammarfunktion? Klaffvitier?

Neurologstatus i nära anslutning till UCG. Detta för att värdera hjärtfunktionen i relation till neurologisk sjukdomsförlopp.

DATUM..... TID..... NAMN undersökande läkare.....

Dödförklarad Ja Nej

Om ej dödförklarad, vg ange

RLS : Patologiskt böjmönster
 Patologiskt sträckmönster
 Ingen reaktion Inte bedömd

Pupiller: Höger ljusstel, dilaterad pupill? Ja Nej Inte bedömd
 Vänster ljusstel, dilaterad pupill? Ja Nej Inte bedömd

IFYLLES AV SJKSKÖTERSKA PÅ IVA

Vänligen ta en arteriell blodgas och beställ TnT alternativt Tnl , och NT-proBNP , samt fyll i nedanstående parametrar **i samband med UCG-undersökningen.**

Namn ifyllande sjuksköterska..... DATUM..... TID.....

Lab
 TnT _____ ng/L alternativt Tnl _____ ng/L NT-proBNP _____ ng/L
 PaO₂ _____ kPa med FiO₂ _____ %

Respirator

PEEP _____ cmH₂O Topptryck _____ cmH₂O Tidalvolym _____ ml/kg/PBW

Hemodynamik

MAP _____ mmHg Puls _____ bpm

Inotropi

Noradrenalin Dos _____ µg /kg/minut Milrinon Dos _____ µg /kg/minut

Levosimendan Dos _____ µg /kg/minut Dobutamin Dos _____ µg /kg/minut

Annat vasoaktiv drog (t. ex. Labetalol, Dopamin, vasopressin osv) Typ _____ Dos _____

Erhållet men avslutat vasopressorstöd/inotropibehandling sedan föregående UCG?

Preparat _____ Högsta dos _____ µg /kg/minut. Antalet timmar med vasopressorstöd _____ tim.

Hormonell behandling

Metylprednisolon (Solu-Medrol) givet? Ja Nej Om ja, vilken dos? _____ mg

Datum: _____ Tidpunkt: _____

IFYLLES AV LÄKARE PÅ IVA

UCG

Var god utfärda remiss för hjärtultraljudsundersökning med nedanstående frågeställningar alt. enligt lokala rutiner. Resultat behöver inte fyllas i av IVA.

Utförs UCG av annan än läkare från klinisk fysiologi tacksam om **bilder sparas** och protokollet **"Extra UCG-protokoll IVA"** ifylles.

Ejektionsfraktion? VT1? SV? Cardiac Index? Hypertrof vänsterkammare/septumtjocklek? Regionalitet? PA-tryck? TR Vmax? RVs? TAPSE? Högerkammarmfunktion? Klaffvitier?

Neurologstatus i nära anslutning till UCG. Detta för att värdera hjärtfunktionen i relation till neurologisk sjukdomsförlopp.

DATUM..... **TID**..... **NAMN** undersökande läkare.....

Dödförklarad Ja Nej

Om ej dödförklarad, vg ange

RLS: Patologiskt böjmönster
 Patologiskt sträckmönster
 Ingen reaktion Inte bedömd

Pupiller: Höger ljusstel, dilaterad pupill? Ja Nej Inte bedömd
 Vänster ljusstel, dilaterad pupill? Ja Nej Inte bedömd

IFYLLES AV SJUKSKÖTERSKA PÅ IVA

Vänligen ta en arteriell blodgas och beställ TnT alternativt TnI , och NT-proBNP , samt fyll i nedanstående parametrar **i samband med UCG-undersökningen.**

Namn ifyllande sjuksköterska..... **DATUM**..... **TID**.....

Lab
 TnT _____ng/L alternativt TnI _____ng/L NT-proBNP _____ng/L

PaO₂ _____kPa med FiO₂ _____%

Respirator

PEEP _____ cmH₂O Topptryck _____ cmH₂O Tidalvolym _____ ml/kg/PBW

Hemodynamik

MAP _____ mmHg Puls _____ bpm

Inotropi

Noradrenalin Dos _____ µg /kg/minut Milrinon Dos _____ µg /kg/minut

Levosimendan Dos _____ µg /kg/minut Dobutamin Dos _____ µg /kg/minut

Annan vasoaktiv drog (t. ex. Labetalol, Dopamin, vasopressin osv) Typ _____ Dos _____

Erhållit men avslutat vasopressorstöd/inotropibehandling sedan föregående UCG?

Preparat _____ Högsta dos _____ µg /kg/minut. Antalet timmar med vasopressorstöd _____ tim.

Hormonell behandling

Metylprednisolon (Solu-Medrol) givet? Ja Nej Om ja, vilken dos? _____mg

Datum: _____ Tidpunkt: _____