

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 skall samtliga 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 hjärtultraljundsundersökning 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.

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

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

IFYLLES AV SJKSKÖTERSKA PÅ IVA

Vänligen ta en arteriell blodgas och beställ TnT alternativt TnI, och NT-proBNP i samband med UCG-undersökningen

UCG DATUM..... TID.....
fyll i nedanstående parametrar ***i samband med UCG-undersökningen.***

Respirator

PEEP _____ cmH₂O Topstryck _____ 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.

Lab DATUM..... TID.....

TnT _____ ng/L alternativt TnI _____ ng/L NT-proBNP _____ ng/L

PaO₂ _____ kPa med FiO₂ _____ %

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 enligt lokala rutiner. Resultat behöver inte fyllas i av IVA.

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

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

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

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

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

IFYLLES AV SJKSKÖTERSKA PÅ IVA

Vänligen ta en arteriell blodgas och beställ TnT alternativt TnI, och NT-proBNP i samband med UCG-undersökningen

UCG **DATUM**..... **TID**.....
fyll i nedanstående parametrar i samband med UCG-undersökningen.

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 innan första UCG?

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

Lab **DATUM**..... **TID**.....

TnT _____ ng/L alternativt TnI _____ ng/L NT-proBNP _____ ng/L

PaO₂ _____ kPa med FiO₂ _____ %

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? Högerkammarmfunktion? Klaffvitier?

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

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

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

IFYLLES AV SJUKSKÖTERSKA PÅ IVA

Vänligen ta en arteriell blodgas och beställ TnT alternativt TnI , och NT-proBNP i samband med UCG-undersökningen

UCG **DATUM**..... **TID**.....
 fyll i nedanstående parametrar ***i samband med UCG-undersökningen.***

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 _____

Erhållit men avslutat vasopressorstöd/inotropibehandling innan första UCG?

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

Lab **DATUM**..... **TID**.....

TnT _____ ng/L alternativt TnI _____ ng/L NT-proBNP _____ ng/L

PaO₂ _____ kPa med FiO₂ _____ %

Hormonell behandling

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

Datum: _____ Tidpunkt: _____