

ELINLUOVUTTAJAN TIEDOT

Elinsiirtokoordinaattori 0400 459 060, elinluovuttajasairaalassa täytetty lomake lähetetään salatuna sähköpostina osoitteeseen elinsiirtotoimisto@hus.fi

PVM/KLO: _____ HOITOYKSIKKÖ: _____

Omahoitaja PUH: _____

Mies/Nainen Ikä: _____ Henkilötunnus: _____ Nimi: _____

Aivokuolema: _____ klo: _____

Vainajan kanta: tiedossa/ ei tiedossa Irrotuspäätös: vainajan/ oletettu suostumus

VERIRYHMÄ:	Pituus (mitattu):	Paino (mitattu):
Kuolinsyy:		

Sairaalaan tulo/tapaturma pvm: _____

Intubaatio pvm/klo: _____ Aspiraatio: _____ Elvytys /ROSC: _____

Leikkaus/ trakeostomia/ pleuradreeni: _____

Anamneesi, aiemmat sairaudet, leikkaukset: _____

Maligniteetit: _____

Diabetes: _____ Hypertonia: _____

Lääkkeet: _____

Alko, huumausaineet, tupakka (askivuodet): _____

Annetut verituotteet: _____ Verivaraus: _____

RR/MAP nyt: _____ RR/MAP alin: _____ kesto: _____

CVP: _____ Pulssi: _____ EKG: _____ Happeutumistesti: _____

Vasoaktiivit ja annokset(µg/kg/min): _____

Diureesi: _____ Minirin®: _____ Infektiot/lämpö: _____

Laboratorio	tulo klo	viimeisin klo		tulo klo	viimeisin klo
Na			ASAT		
K			ALAT		
Krea			GT		
Gluk			Bil		
Hb/Hkr			TnT/TnI		
Tromb			CK/CKMb		
Leuk			HbA1c		
TT/INR			Happeutumistesti		
CRP			FiO ₂		
U-alb/krea			PaO ₂		
U-stix			PaCO ₂		
Amyl			P/F-suhde		

Thorax-rtg: _____

Vartalon TT varjoaineella: _____

Sydämen UÄ: _____ Koronaariangiografia: _____

Bronkoskopia: _____

Anatomia normaali: _____ Eritteet: _____ BaktVi: _____ Pu-SienVi: _____ Limakalvot: _____

Veripalvelun näytteet lähtevät klo / saapuvat klo: _____