

VERFAHRENSANWEISUNGEN

der DSO gemäß § 11 des Transplantationsgesetzes

9. Aktualisierung
Stand: Juli 2024

www.dso.de



DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

Koordinierungsstelle Organspende

		Seite
A. ALLGEMEINER TEIL		
	I. Präambel	4
	II. Anwendungsbereich/Adressaten	4
	III. Rechtsvorschriften und Unterlagen, die in den Verfahrensanweisungen zitiert werden	4
	IV. Weitere wichtige Regelungen und Unterlagen	5
	V. Liste aller Anlagen	5
	VI. In Kraft treten	6
B. BESONDERER TEIL		
I. MELDUNG	Verfahrensanweisung zur Meldung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG (§ 11 Abs. 1a Nr. 1 TPG)	7
II. ÜBERPRÜFUNG DER SPENDERIDENTITÄT	Verfahrensanweisung zur Überprüfung der Spenderidentität (§ 11 Abs. 1a Nr. 2 TPG)	10
III. EINWILLIGUNG ODER ZUSTIMMUNG	Verfahrensanweisung zur Überprüfung der Einzelheiten der Einwilligung des Spenders nach § 3 TPG oder der Zustimmung anderer Personen nach § 4 TPG (§ 11 Abs. 1a Nr. 3 TPG)	11
IV. ORGAN- UND SPENDERCHARAKTERISIERUNG	Verfahrensanweisung zur Überprüfung des Abschlusses der Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a Absatz 1 TPG sowie zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG, rechtzeitig erreichen (§ 11 Abs. 1a Nr. 4 und 5 TPG)	14
V. ENTNAHME, KONSERVIERUNG, VERPACKUNG, KENNZEICHNUNG UND TRANSPORT	Verfahrensanweisung für die Entnahme, Konservierung, Verpackung und Kennzeichnung von Organen sowie für den Transport der Organe, um ihre Unversehrtheit während des Transports und eine angemessene Transportdauer sicherzustellen (§ 11 Abs. 1a Nr. 6 und 7 TPG)	23
VI. RÜCKVERFOLGUNG	Verfahrensanweisung zur Sicherstellung der Rückverfolgung nach § 13 Abs. 1 TPG (§ 11 Abs. 1a Nr. 8 TPG)	30
VII. SCHWERWIEGENDE ZWISCHENFÄLLE UND SCHWERWIEGENDE UNERWÜNSCHTE REAKTIONEN	Verfahrensanweisung zur Sicherstellung der unverzüglichen Meldung schwerwiegender Zwischenfälle (SAE) und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen (SAR) und der in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 13 Abs. 4 TPG (§ 11 Abs. 1a Nr. 9 TPG)	31
AKTUALISIERUNGS-REGISTER		103

	Seite	
ANLAGEN	ANLAGE 1	34 Ablauf einer postmortalen Organspende
	ANLAGE 2	35 Sicherheits-Checkliste Organentnahme
	ANLAGE 3	36 Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen
	ANLAGE 4	44 Anamnesebogen
	ANLAGE 5	48 Befundbögen Anlage 5a Orientierende körperliche Untersuchung – Befundbogen für Organspender Anlage 5b Blutgase – Befundbogen für Organspender Anlage 5c ¹ Ultraschall Abdomen – Befundbogen für Organspender Anlage 5c ² MRT Abdomen – Befundbogen für Organspender Anlage 5c ³ CT Abdomen – Befundbogen für Organspender Anlage 5d ¹ Röntgen Thorax – Befundbogen für Organspender Anlage 5d ² MRT Thorax – Befundbogen für Organspender Anlage 5d ³ CT Thorax – Befundbogen für Organspender Anlage 5e 12-Kanal-EKG – Befundbogen für Organspender Anlage 5f Echokardiographie – Befundbogen für Organspender Anlage 5g Bronchoskopie – Befundbogen für Organspender Anlage 5h Koronarangiographie – Befundbogen für Organspender
	ANLAGE 5/A	69 Musterfotos der organspezifischen Standardperspektiven
	ANLAGE 6	71 Organ Reports Anlage 6a Eurotransplant Thoracic Organ Report Anlage 6b Eurotransplant Kidney Organ Report Anlage 6c Eurotransplant Liver/Pancreas Organ Report
	ANLAGE 7	74 Quality Forms Anlage 7a Heart Quality Form Anlage 7b ¹ Lung Right Quality Form Anlage 7b ² Lung Left Quality Form Anlage 7c ¹ Kidney Right Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form Anlage 7c ² Kidney Left Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form Anlage 7d ¹ Liver Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form Anlage 7d ² Liver Right Split Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form Anlage 7d ³ Liver Left Split Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form Anlage 7e Pancreas Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form
	ANLAGE 8	95 Human Organ For Transplant
	ANLAGE 8a	96 Formular zum Organweitertransport
ANLAGE 8b	97 Anleitung für Konservierung und Verpackung von zum Weitertransport bestimmten Organen	
ANLAGE 9	99 Mitteilung Gewebeentnahme	
ANLAGE 10	100 Meldung SAE/SAR an Koordinierungsstelle	

I. Präambel

Die Entnahme von Organen verstorbener Spender¹ einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit.

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist von den Auftraggebern nach § 11 Abs. 1 Satz 2 Transplantationsgesetz (TPG) als Koordinierungsstelle damit beauftragt worden, diese Zusammenarbeit zu organisieren. In dieser Funktion hat sie die Verfahrensanweisungen gemäß § 11 Abs. 1a TPG nach den Vorgaben des Beauftragungsvertrages zu erstellen. Hierbei sind alle einschlägigen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zu beachten, um die Zusammenarbeit zur Organentnahme bei verstorbenen Spendern und die Durchführung aller bis zur Übertragung erforderlichen Maßnahmen mit Ausnahme der Vermittlung von Organen durch die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG widerspruchsfrei zu regeln. Primäre Ansprechpartner für die Koordinierungsstelle in den Entnahmekrankenhäusern sind für alle Fragen der Organspende die nach § 9b TPG benannten Transplantationsbeauftragten.

II. Anwendungsbereich/Adressaten

Die Verfahrensanweisungen sind bindend für alle Entnahmekrankenhäuser, Transplantationszentren, die Vermittlungsstelle und für die Koordinierungsstelle.

III. Rechtsvorschriften und Unterlagen, die in den Verfahrensanweisungen zitiert werden

- Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG)
- Verordnung über die Anforderungen an die Organ- und Spendercharakterisierung und an den Transport von Organen sowie über die Anforderungen an die Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen (TPG-Verordnung über Qualität und Sicherheit von Organen – TPG-OrganV)
- Verordnung über die Anwendung der Guten Herstellungspraxis bei der Herstellung von Arzneimitteln und Wirkstoffen und über die Anwendung der Guten fachlichen Praxis bei der Herstellung von Produkten menschlicher Herkunft (Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung – AMWHV)
- Richtlinie der BÄK gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TPG (RL BÄK Feststellung Irreversibler Hirnfunktionsausfall)
- Richtlinie der BÄK gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG (RL BÄK Spendererkennung)
- Richtlinie der BÄK gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 a) und b) TPG (RL BÄK Empfängerschutz)
- Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Gemeinschaftsaufgabe „Entnahme vermittlungspflichtiger Organe sowie Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung“ nach § 11 Transplantationsgesetz (TPG) (Grundlagenvereinbarung)
- Arbeitspapier der BÄK zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung, Dtsch Arztebl 2013; 110(12): A-572/B-508/C-508

¹ Gemeint sind Personen jeder Geschlechtsidentität. Lediglich der leichten Lesbarkeit halber wird im folgenden Text bei allen Bezeichnungen nur noch die grammatikalisch männliche Form verwendet.

IV. Weitere wichtige Regelungen und Unterlagen

- Vertrag nach § 11 Abs. 2 TPG zur Beauftragung einer Koordinierungsstelle (Koordinierungsstellenvertrag)
- Vertrag nach § 12 Abs. 1 Satz 1 TPG zur Beauftragung einer Vermittlungsstelle (Vermittlungsstellenvertrag)
- Leitfaden für die Organspende
- Richtlinie der BÄK gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 TPG (RL BÄK Maßnahmen zur Qualitätssicherung)

V. Liste aller Anlagen

- Anlage 1:** Ablauf einer postmortalen Organspende
- Anlage 2:** Sicherheits-Checkliste Organentnahme
- Anlage 3:** Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen
- Anlage 4:** Anamnesebogen
- Anlage 5:** Befundbögen
- Anlage 5a Orientierende körperliche Untersuchung - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5b Blutgase - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5c¹ Ultraschall Abdomen - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5c² MRT Abdomen - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5c³ CT Abdomen - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5d¹ Röntgen Thorax - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5d² MRT Thorax - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5d³ CT Thorax - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5e 12-Kanal-EKG - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5f Echokardiographie - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5g Bronchoskopie - Befundbogen für Organspender
 - Anlage 5h Koronarangiographie - Befundbogen für Organspender
- Anlage 5/A:** Musterfotos der organspezifischen Standardperspektiven
- Anlage 6:** Organ Reports
- Anlage 6a Eurotransplant Thoracic Organ Report
 - Anlage 6b Eurotransplant Kidney Organ Report
 - Anlage 6c Eurotransplant Liver/Pancreas Organ Report

- Anlage 7:** Quality Forms
- Anlage 7a Heart Quality Form
 - Anlage 7b¹ Lung Right Quality Form
 - Anlage 7b² Lung Left Quality Form
 - Anlage 7c¹ Kidney Right Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form
 - Anlage 7c² Kidney Left Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form
 - Anlage 7d¹ Liver Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form
 - Anlage 7d² Liver Right Split Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form
 - Anlage 7d³ Liver Left Split Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form
 - Anlage 7e Pancreas Quality Form mit Expanded Categorization of Lesions Form

Anlage 8: Human Organ For Transplant

Anlage 8a: Formular zum Organweitertransport

Anlage 8b: Anleitung für Konservierung und Verpackung von zum Weitertransport bestimmten Organen

Anlage 9: Mitteilung Gewebeentnahme

Anlage 10: Meldung SAE/SAR an Koordinierungsstelle

VI. In Kraft treten

Die Verfahrensanweisungen sind erstmals am 05.11.2015 in Kraft getreten und gelten in der jeweils aktuellen Fassung, welche unter https://www.dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO_Verfahrensanweisungen_Gesamt.pdf abrufbar ist.

Grundsätze

Die Koordinierungsstelle verfolgt das Ziel, die Patienten auf der Warteliste durch die Förderung der Organspende sowie durch die Unterstützung der im Bereich der Organtransplantation tätigen Einrichtungen und Personen mit lebenswichtigen Organen zu versorgen und die gesundheitlichen Risiken für die Patienten so gering wie möglich zu halten.

Das Erkennen aller potenziellen Organspender, welche nach ärztlicher Beurteilung für eine Organspende in Betracht kommen, ist ein wichtiger Eckpfeiler zur Erreichung dieses Ziels. Die alleinige Verantwortung der behandelnden Ärzte für alle therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen bleibt bis zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (irreversibler Hirnfunktionsausfall/Hirntod) bestehen.

Die Koordinierungsstelle steht Tag und Nacht als Ansprechpartner zur Verfügung.

1. Patienten mit akuter Hirnschädigung

Potenzielle Organspender sind beatmete Patienten mit akuter primärer oder sekundärer Hirnschädigung, bei denen der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird – wenn sie eine Organspende nicht ausgeschlossen haben. Ob und welche Organe eines potenziellen Spenders sich tatsächlich zur Transplantation eignen, ist im Zweifelsfall durch das Entnahmekrankenhaus unter Hinzuziehung des Transplantationsbeauftragten und gemeinsam mit der Koordinierungsstelle zu klären.

Zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall können gemäß Anlage 1 der Richtlinie BÄK Feststellung Irreversibler Hirnfunktionsausfall u. a. folgende [im ICD-10-GM 2019 genannten] Erkrankungen und Schäden führen. Sie bedürfen bei der Beurteilung, ob der Verstorbene aus ärztlicher Sicht als Organspender in Betracht kommt, teilweise der Einzelfallentscheidung durch erfahrene Spezialisten.

- a) Primäre intrakranielle Tumoren (ICD-Nrn. C70.0, C70.9, C71.-, D32.0, D32.9, D33.0-D33.3),
- b) Verschluss der Liquor-ableitenden-Wege, Hydrocephalus (ICD-Nrn. G91.1, G91.3, G91.8, G91.9, G94.0, G94.1*, Q03.0, Q03.1, Q03.9),
- c) ischämisch-hypoxische Hirnschäden (ICD-Nr. G93.1) unabhängig von ihrer Ätiologie und Pathogenese, damit auch infolge von Epilepsie (ICD-Nrn. G41.0, G41.8, G41.9), Intoxikationen (ICD-Nrn. T40.-, T41.-, T42.3, T42.4, T42.7, T48.1, T51.0, T51.1, T51.9; T58, T59.7), Status asthmaticus (ICD-Nr. J46), von Komplikationen bei Schwangerschaften (ICD-Nrn. O29.1, O29.2, O74.2, O74.3, O87.3, O89.1, O89.2) oder infolge von chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung (ICD-Nrn. T88.8, T88.9) sowie infolge Strangulation (ICD-Nr. T71), Ertrinkens (ICD-Nr. T75.1), Stromtod (ICD-Nr. T75.4), Aspiration (ICD-Nr. P24.-, J69.0, X59.9!, T17.2-T17.9), oder eines Herzstillstands mit primär erfolgreicher Wiederbelebung (ICD-Nr. I46.0),
- d) intrakranielle Blutungen, spontan oder als Komplikationen anderer Erkrankungen oder von Therapiemaßnahmen (ICD-Nrn. I60.0-I60.9, I61.0-I61.9, I62.00, I62.01, I62.1, I62.9),
- e) Hirninfarkte (ICD-Nrn. I63-164, I67),
- f) Hirnödeme (ICD-Nrn. G93.6),
- g) Sinus- und Hirnvenenthrombosen (ICD-Nrn. G08, O22.5),
- h) perinatale Hirnschäden (ICD-Nrn. P10.-, P11.0-P11.2, P52.-),
- i) Hirnfehlbildungen (ICD-Nrn. Q01.-, Q02, Q03.-, Q04.-),
- j) Schädel-Hirn-Verletzungen (ICD-Nr. G93.5; S06.1, S06.2-, S06.3-, S06.4, S06.5, S06.6, S06.8, S06.9, S07.-, S08.8, S08.9, S09.7, S15.0-, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S18),
- k) infektiöse Erkrankungen des Zentralnervensystems (ICD-Nrn. G00.-, G01*, G02.-*, G03., G03.-, G05.-*, G06.0, G07*, G94.0*).

Ärztliches wie pflegerisches Personal sowie Transplantationsbeauftragte sollen bei Patienten ohne Spontanatmung mit akuter primärer oder sekundärer Hirnschädigung auf klinische Zeichen achten, die auf einen irreversiblen Hirnfunktionsausfall hindeuten können.

Die Verlaufsbeobachtung/-untersuchung und -dokumentation der Hirnfunktion gehören zur ärztlichen und pflegerischen Routine in der Behandlung von Patienten ohne Spontanatmung und akuter Hirnschädigung.

Befunde, die für die Entwicklung oder den Eintritt eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls sprechen können, sind gemäß der Richtlinie BÄK Spendererkennung u. a.:

- a) die nicht pharmakologisch verursachte Erweiterung und Lichtstarre der Pupillen
- b) das nicht pharmakologisch verursachte Erlöschen der Hirnstammreflexe
- c) die fehlende Reaktion beim endotrachealen Absaugen
- d) das nicht durch Relaxierung verursachte Erlöschen einer Spastik oder das Auftreten einer Muskelhypotonie
- e) ein Ausfall der Temperaturregulation mit Hypothermie
- f) eine Polyurie in Folge eines zentralen Diabetes insipidus
- g) ein plötzlicher, deutlicher Blutdruckanstieg bei gleichzeitiger Bradykardie (Cushing-Reflex)
- h) ein therapieresistenter Hirndruckanstieg
- i) Ausfall der Spontanatmung

Weitere Hinweise können sich aus der bildgebenden Diagnostik und deren Verlauf sowie weiteren diagnostischen Methoden (somatosensibel evozierte Potenziale, Elektroenzephalografie, Dopplersonographie u. a.) ergeben.

Zu diesem Zeitpunkt können z. B. folgende Fragen im Rahmen der allgemeinen Beratung erörtert werden:

- Beurteilung von Begleiterkrankungen im Hinblick auf eine mögliche Organspende
- Information zur Organspende/Patientenverfügung (siehe auch Arbeitspapier der BÄK zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung, Dtsch Arztebl 2013; 110(12): A-572/B-508/C-508)
- Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Feststellung des Todes)

Die allgemeine Beratung erfolgt unter Beteiligung des Transplantationsbeauftragten und/oder auf Wunsch des Entnahmekrankenhauses unter Einbindung der Koordinierungsstelle. Die allgemeine Beratung findet unter Wahrung der Patientenanonymität statt. Die Koordinierungsstelle ist hierfür Tag und Nacht erreichbar.

2. Vermuteter irreversibler Hirnfunktionsausfall

Vermuten die Ärzte des Entnahmekrankenhauses bei Vorliegen der klinischen Ausfallsymptome [Koma, fehlende Reflexe des Hirnstamms (Areflexie), Ausfall der Spontanatmung] des Gehirns, dass der irreversible Hirnfunktionsausfall bereits eingetreten ist, sind sie gemäß § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 5 TPG festzustellen, sofern nach ärztlicher Beurteilung eine Organspende in Betracht kommt.

Der Nachweis des Todes erfolgt gemäß der Richtlinie BÄK Feststellung Irreversibler Hirnfunktionsausfall und ist Aufgabe des Entnahmekrankenhauses. Das Entnahmekrankenhaus führt die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls durch eigene Ärzte oder durch die konsiliarische Hinzuziehung geeigneter Ärzte durch. Nach Verfügbarkeit unterstützt die Koordinierungsstelle das Entnahmekrankenhaus bei Bedarf durch die Vermittlung eines unabhängigen Konsiliararztes.

3. Festgestellter irreversibler Hirnfunktionsausfall

Nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls gemäß der Richtlinie BÄK Feststellung Irreversibler Hirnfunktionsausfall ist das Entnahmekrankenhaus gemäß § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG verpflichtet, dies unverzüglich der Koordinierungsstelle mitzuteilen, sofern kein Widerspruch bekannt ist.

Gemeinsam klären Entnahmekrankenhaus und Koordinierungsstelle die Spender- und Organ-eignung.

Die Koordinierungsstelle bietet dem Entnahmekrankenhaus ihre Unterstützung sowohl für die Klärung, ob eine rechtlich wirksame Zustimmung zur Organspende vorliegt, als auch für die Durchführung des Angehörigengesprächs an (vgl. Verfahrensanweisung III.).

4. Zuständigkeit für die Einhaltung der Meldepflicht und Erstellung von Verfahrensanweisungen

Der Transplantationsbeauftragte ist gemäß § 9b Abs. 2 Nr. 1 TPG dafür verantwortlich, dass das Entnahmekrankenhaus seiner Verpflichtung zur Meldung qualifizierter Organspender gemäß **Anlage 1** (Ablauf einer postmortalen Organspende), bei denen zu diesem Zeitpunkt kein Widerspruch zur Organspende bereits bekannt ist, nachkommt.

Die Entnahmekrankenhäuser sind gemäß § 9a Abs. 2 Nr. 3 TPG verpflichtet, sicherzustellen, dass die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus dem TPG in einer Verfahrensanweisung festgelegt und eingehalten werden. Die Entnahmekrankenhäuser sind gemäß § 9a Abs. 2 Nr. 2 TPG verpflichtet, sicherzustellen, dass in ihrem Entnahmekrankenhaus Ärzte oder Transplantationsbeauftragte dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als auskunftsberechtigt benannt werden. Der Transplantationsbeauftragte ist gemäß § 9b Abs. 2 Nr. 3 TPG dafür verantwortlich, die Verfahrensanweisungen nach § 9a Abs. 2 Nr. 3 TPG zu erstellen.

In Zusammenarbeit mit dem zuständigen DSO-Koordinator werden die Handlungsabläufe zur Meldung von Organspendern gemäß dem Muster in **Anlage 1** (Ablauf einer postmortalen Organspende) festgelegt.

Es ist sicherzustellen, dass vor der Organentnahme die durch das Entnahmekrankenhaus aufgrund eines amtlichen Dokumentes festgestellte Identität des verstorbenen Organspenders verifiziert wird. Der diensthabende DSO-Koordinator lässt sich noch auf der Intensivstation die Identität des Verstorbenen (Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum) bestätigen. Hierzu erfolgt ein Abgleich mit der Patientenakte.

Ist die Identität bestätigt, bekommt der Verstorbene vom diensthabenden DSO-Koordinator ein Identifikationsarmband mit Name, Vorname und Geburtsdatum, falls er nicht schon ein krankenhauseigenes Identifikationsarmband mit diesen Informationen trägt.

Vor OP-Einschleusung bestätigt der verantwortliche Anästhesist auf der Sicherheits-Checkliste **Anlage 2** (Sicherheits-Checkliste Organentnahme), dass Name, Vorname und Geburtsdatum auf Patientenakte, Protokollbögen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, Todesbescheinigung und Identifikationsarmband des Verstorbenen identisch sind.

Vor Beginn der Organentnahme ist auch der jeweilige verantwortliche Entnahmekirurg gemäß der Richtlinie BÄK Empfängerschutz (verantwortlicher Entnahmekirurg) verpflichtet, sich durch Abgleich des Identifikationsarmbandes und der Patientenakte davon zu überzeugen, dass es sich bei dem Verstorbenen, bei welchem er die Organentnahme durchführen möchte, um dieselbe Person handelt, deren Patientenakte ihm vorliegt. Des Weiteren hat er über die Spenderidentität hinaus zu prüfen, ob die Protokollbögen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls vorschriftsgemäß und vollständig ausgefüllt sind. Darüber hinaus hat er sich vom Vorliegen der Zustimmung zur Organspende und deren Umfang sowie gegebenenfalls vom Vorhandensein einer Freigabe durch die Staatsanwaltschaft und deren Umfang zu überzeugen.

Die Freigabe durch die Staatsanwaltschaft und deren Umfang sind durch den Mitarbeiter des Entnahmekrankenhauses in der Patientenakte oder, sofern der DSO-Koordinator das Gespräch mit der Staatsanwaltschaft geführt hat, durch diesen zu dokumentieren.

Schließlich sind auch die schriftlichen Blutgruppenbefunde durch den verantwortlichen Entnahmekirurg zu überprüfen. In Zusammenarbeit mit dem DSO-Koordinator ist dies anhand einer Sicherheits-Checkliste **Anlage 2** (Sicherheits-Checkliste Organentnahme) zu dokumentieren.

Grundsätze

Die Zustimmung des Verstorbenen oder seiner Angehörigen oder einer diesen gleichgestellten Person ist eine zwingende rechtliche Voraussetzung einer Organ- und/oder Gewebeentnahme.

Ziel eines jeden Gesprächs mit den Angehörigen ist es, den (mutmaßlichen) Willen des Verstorbenen zu ermitteln bzw. die entscheidungsbefugte Person bei der stabilen Entscheidungsfindung für oder gegen die Organspende zu begleiten.

1. Erklärung des Verstorbenen

Zunächst ist zu prüfen, ob eine zu Lebzeiten getroffene Entscheidung des Verstorbenen für oder gegen eine Organ-/Gewebeentnahme bekannt ist. Diese Entscheidung kann vom Verstorbenen zu Lebzeiten im Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (Organspende-Register) erfasst, schriftlich dokumentiert (z.B. in einem Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung) oder mündlich mitgeteilt worden sein. Ein mündlich geäußertes Wille muss übermittelt werden. Die übermittelnde Person (Zeuge) muss dabei nicht die Anforderungen des § 4 Abs. 1 und Abs. 2 TPG erfüllen.

Das Transplantationsgesetz sieht in § 4 TPG eine gestufte Vorgehensweise vor, wonach zuerst das Organspende-Register abzufragen und zu klären ist, ob dort eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende registriert wurde.

Ist die elektronische Abfrage im Organspende-Register durch das Entnahmekrankenhaus ausnahmsweise nicht möglich, bestehen mehrere Möglichkeiten, das Vorhandensein und den Inhalt einer im Organspende-Register hinterlegten Erklärung festzustellen:

Zum einen bietet das BfArM bei technischen Problemen im Zugriff auf das Abrufportal 24/7 ein telefonisches Ersatzverfahren zum Abruf der Erklärung an. Dieses Verfahren steht für eine begrenzte Übergangszeit ebenfalls den freigegebenen APK-V zur Verfügung, welche noch nicht abschließend am Abrufportal registriert sind.

Die Support-Hotline ist rund um die Uhr erreichbar [Telefon: +49 (30) 2598 4370]. Das Verfahren erfordert die telefonische Kontaktaufnahme durch die abrufberechtigte Person. Eine abrufberechtigte Person muss zur Ausübung des Verfahrens Zugriff auf ihre in der Benennung angegebene E-Mail-Adresse haben. Dabei ist zu beachten, dass eine Auskunft aus dem Register auch mittels Ersatzverfahren ausschließlich an einen Arzt, eine Ärztin oder Transplantationsbeauftragten erteilt werden darf, der von einem Krankenhaus dem BfArM als auskunftsberechtigt benannt wurde (siehe § 2a Absatz 4 TPG). Weitere Informationen zum Ersatzverfahren sind unter dem Menüpunkt „Hilfe“ im Abrufportal des Registers und im geschützten Bereich für Entnahmekrankenhäuser auf der Webseite des BfArM zu finden.

Hat die Auskunft aus dem Organspende-Register ergeben, dass der mögliche Spender dort keine Erklärung abgegeben hat und liegt dem Arzt oder der Ärztin weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Spenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung bekannt ist. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme zulässig, wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Entnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat.

Die Entscheidung des Verstorbenen ist grundsätzlich bindend. Es ist der Umfang einer möglichen Organ-/Gewebespende bzw. deren Beschränkung auf bestimmte Organe/Gewebe zu berücksichtigen. Sind mehrere, sich widersprechende Erklärungen abgegeben worden, gilt die zuletzt abgegebene Erklärung. Ist nicht festzustellen, welche Erklärung zuletzt abgegeben worden ist, ist der nächste Angehörige zu befragen, ob ihm bekannt ist, welche Erklärung zuletzt abgegeben worden ist. Ist dies dem nächsten Angehörigen nicht bekannt oder ist kein entscheidungsbefugter Angehöriger im Sinne des § 4 Abs. 2 TPG vorhanden, gilt diejenige Erklärung mit der geringsten Eingriffstiefe.

Liegt eine Entscheidung zur Organ- bzw. Gewebespende vor, hat der Arzt den nächsten Angehörigen gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 TPG über die beabsichtigte Organ- oder Gewebeentnahme zu unterrichten. Weist der Angehörige oder eine diesem gleichgestellte Person bei dieser Gelegenheit auf eine Aktualisierung oder einen Widerruf der vorliegenden Verfügung hin, so ist dies zu berücksichtigen.

Für den Fall, dass eine elektronische Abfrage des Organspende-Registers durch das Entnahmekrankenhaus selbst nicht möglich ist und alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine Abfrage durchzuführen wie das Ersatzverfahren nicht möglich sind, sind die Angehörigen über eine mögliche Organ- oder Gewebeentnahme und darüber, dass eine Abfrage des Organspende-Registers nicht möglich ist, transparent zu informieren.

Wenn kein Hinweis darauf besteht, dass der oder die Verstorbene einen möglicherweise aktuelleren Willen im Organspende-Register dokumentiert hat, der einer Organ- oder Gewebeentnahme entgegenstehen könnte, und liegt der Ärztin oder dem Arzt weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch vor, ist die Entnahme im Einzelfall zulässig, wenn die nächsten Angehörigen befragt worden sind, ob ihnen von dem möglichen Organ- oder Gewebespende eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist und sie über die beabsichtigte Organ- oder Gewebeentnahme informiert wurden.

Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme nur zulässig, wenn eine Ärztin oder ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders zu beachten.

Sofern in diesen Einzelfällen eine Abfrage beim Organspende-Register nicht möglich ist, sind die Kommunikation mit den Angehörigen zu der nicht erfolgten Abfrage des Organspende-Registers und die nachfolgende Entscheidungsfindung in Bezug auf die Organspende detailliert zu dokumentieren.

2. Entscheidung eines Dritten

Wurde die Entscheidung über eine Organ-/Gewebespende gemäß § 2 Abs. 2 TPG vom Verstorbenen zu Lebzeiten auf eine namentlich benannte Person seines Vertrauens übertragen, so tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

3. Entscheidung der Angehörigen oder einer gleichgestellten Person

Liegt eine Entscheidung über eine Organ-/Gewebespende nach Verfahrensweisung III. Nr. 1 und 2 nicht vor, ist die Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen oder einer diesen gleichgestellten Person erforderlich, nachdem sie über die mögliche Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet wurden.

a) Entscheidungsbefugte Person

Die Rangfolge der nächsten Angehörigen ist in § 1a Nr. 5 TPG festgelegt:

- Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner
- volljährige Kinder
- Eltern oder sofern der mögliche Organ- oder Gewebespende zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber
- volljährige Geschwister
- Großeltern

Bei mehreren gleichrangigen nächsten Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Der Widerspruch einer gleichrangigen Person verhindert die Organspende. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Entscheidung des als nächstes erreichbaren Angehörigen.

Dem (jeweilig) nächsten Angehörigen gleichgestellt ist eine volljährige Person, die dem Verstorbenen in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat, z. B.:

- Verlobte
- oder eine Person
- in auf Dauer angelegter häuslicher Gemeinschaft auf Grundlage gemeinsamer Lebensplanung
 - in getrennter Wohnung, aber mit über einen längeren Zeitraum gewachsener gemeinsamer Lebensplanung und innerer Bindung
 - in engem Freundschaftsverhältnis mit häufigen und engen persönlichen Kontakten über einen längeren Zeitraum.

Hinweis auf eine offenkundige persönliche Verbundenheit ist beispielsweise die Betreuung des Verstorbenen im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus.

Der Angehörige bzw. die gleichgestellte Person muss in den vergangenen zwei Jahren persönlichen Kontakt zum Verstorbenen gehabt haben. Der Arzt hat dies durch Befragung der nächsten Angehörigen bzw. der gleichgestellten Person festzustellen.

b) Grundlagen der Entscheidung

Die gemäß Verfahrensweisung III. Nr. 3 a) entscheidungsbefugte Person hat bei ihrer Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu beachten. Ist der mutmaßliche Wille nicht ermittelbar, erfolgt eine Entscheidung nach den Wertvorstellungen der entscheidungsbefugten Person.

4. Durchführung und Dokumentation des Angehörigengesprächs

a) Durchführung

Entscheidungen über Ort, Zeitpunkt und genauen Ablauf des Gesprächs ebenso wie über die Vertiefung einzelner Inhalte sind, orientiert an der jeweiligen besonderen Situation des möglichen Spenders und seiner Angehörigen, individuell und situationsbezogen zu treffen.

Zu diesem Gespräch sollte ein DSO-Koordinator hinzugezogen werden (vgl. Richtlinie BÄK Spendererkennung).

Kommt eine Entnahme eines oder mehrerer Organe und von Gewebe in Betracht, soll die Einholung der Zustimmung für alle Organe/Gewebe gemeinsam erfolgen. Die Erklärung kann auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränkt werden. Vermittlungspflichtige Organe sind Herz, Lunge, Niere, Leber, Pankreas, Darm. Am häufigsten werden folgende Gewebe entnommen: Herzklappen, Cornea, Gefäße, Pankreasinzellen.

Die mögliche Entnahme und Übertragung eines vermittlungspflichtigen Organs hat Vorrang vor der Entnahme von Geweben, sie darf nicht durch eine Gewebeentnahme beeinträchtigt werden.

b) Dokumentation

Ablauf, Inhalt, Ergebnis sowie beteiligte Personen sind nach § 4 Abs. 4 TPG vom gesprächsführenden Arzt aufzuzeichnen. Hierfür sollte die Leitlinie zur Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen verwendet werden, siehe **Anlage 3** (Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen). Der nächste Angehörige kann mit dem Arzt vereinbaren, dass er seine Erklärung innerhalb einer bestimmten vereinbarten Frist widerrufen kann; die Vereinbarung bedarf der Schriftform. Der DSO-Koordinator dokumentiert die Zustimmung zur Organentnahme im Dokumentationssystem der Koordinierungsstelle.

Grundsätze

Jede Transplantation birgt neben dem grundsätzlichen immunologischen Risiko einer Abstoßung auch Risiken im Hinblick auf die potenzielle Übertragung von malignen Erkrankungen, Infektionskrankheiten, genetisch bedingten Erkrankungen oder toxischen Schädigungen. Daher ist es Aufgabe des Transplantationszentrums, jeden Patienten auf der Warteliste über Risikopotentiale aufzuklären. Ziel dieser Verfahrensanweisung ist es, diese gesundheitlichen Risiken durch Beschreibung und Einhaltung notwendiger Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Organ- und Spendercharakterisierung für den Empfänger so gering wie möglich zu halten.

Maßnahmen, welche ausschließlich der Vorbereitung einer Organentnahme dienen (z. B. Blutentnahmen oder sonstige invasive Maßnahmen), dürfen erst und nur dann vorgenommen werden, wenn bei dem Verstorbenen der irreversible Hirnfunktionsausfall festgestellt worden ist und eine Zustimmung zur Organentnahme vorliegt.

Die Organ- und Spendercharakterisierung ist ein stufenweiser Prozess. Befunde, welche vor der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls im Rahmen der Behandlung des Patienten erhoben wurden, können zur Organ- und Spendercharakterisierung hinzugezogen werden. Generell sind bei der Beurteilung der jeweiligen Organfunktion die zum Zeitpunkt der Befunderhebung vorliegenden Umstände sowie etwaige im Rahmen der Intensivtherapie seitdem durchgeführte Maßnahmen zu berücksichtigen. Gegebenenfalls kann eine Wiederholung der Untersuchung angezeigt sein. Die Erhebung der Anamnese, die körperliche Untersuchung sowie eine Reihe von weiteren Laboruntersuchungen und apparativen Diagnostiken stellen die Basis der Organ- und Spendercharakterisierung im Sinne des Empfängerschutzes sicher. Die intraoperative Beurteilung der Organqualität durch den verantwortlichen Entnahmehirurgen gemäß der Richtlinie BÄK Empfängerschutz (verantwortlicher Entnahmehirurg) sowie die Sichtung der Organe im Empfängerzentrum durch den verantwortlichen Arzt des Transplantationszentrums komplettieren die Charakterisierung des einzelnen Organs. Schließlich muss gewährleistet sein, dass einzelne Befunde, welche erst nach der Organentnahme oder im Rahmen einer Obduktion im Entnahmekrankenhaus bekannt werden, sowohl der Koordinierungsstelle als auch der Vermittlungsstelle zur Weitergabe an die Empfängerzentren unverzüglich mitgeteilt werden.

1. Anamnese und aktuelle klinische Angaben

Der Prozess der stufenweisen Organ- und Spendercharakterisierung beginnt mit der Anamnese und der Erhebung und Dokumentation der klinischen Angaben.

a) Anamnese

In der Regel handelt es sich um die Erfassung der Fremdanamnese mit Hilfe der Angehörigen des Verstorbenen, die durch weitergehende Informationen der vorbehandelnden Ärzte ergänzt werden sollte.

Die Erhebung und Dokumentation der anamnestischen Daten erfolgt mittels des hierfür entwickelten Fragebogens, welcher als **Anlage 4** (Anamnesebogen) Bestandteil dieser Verfahrensanweisung ist. Die körperliche Untersuchung ist gemäß den Vorgaben der **Anlage 5a** (Orientierende körperliche Untersuchung – Befundbogen für Organspender) durchzuführen.

Soweit die Anamnese und körperliche Untersuchung nicht durch einen ärztlichen DSO-Koordinator vorgenommen werden kann, ist sie durch einen Arzt des Entnahmekrankenhauses durchzuführen. Dieser wird hierbei durch den DSO-Koordinator unterstützt. Die Befunde sind zu dokumentieren und der Koordinierungsstelle zur Verfügung zu stellen.

Verfahrensanweisung zur Überprüfung des Abschlusses der ORGAN- UND SPENDERCHARAKTERISIERUNG nach § 10a Absatz 1 TPG sowie zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG, rechtzeitig erreichen (§ 11 Abs. 1a Nr. 4 und 5 TPG)

Ergeben sich aufgrund der Anamnese, der körperlichen Untersuchung, vorliegender Befunde oder des aktuellen Krankheitsverlaufs Hinweise auf besondere, spenderassoziierte Risiken, sind diese durch entsprechende Zusatzuntersuchungen, die gegebenenfalls über die unter Verfahrensanweisung IV. Nr. 2. aufgeführten Untersuchungen hinausgehen, abzuklären.

b) Aktuelle klinische Angaben

Gemäß Anlage 1a der Richtlinie BÄK Empfängerschutz sind die nachfolgenden klinischen Angaben zu dokumentieren:

- Temperatur
- Diurese
- Blutdruck und zentralvenöser Druck
- Medikation, insbesondere Katecholamine und Antiinfektiva
- Andere für die Organfunktion bedeutsame Arzneimittel
- Bluttransfusion seit Krankenhausaufnahme
- Vorausgegangene hypotensive Perioden sowie Kreislaufstillstand und durchgeführte Reanimation
- Angaben zur enteralen Ernährung (bei Darm- und kombinierten Transplantationen unter Einschluss des Darms)

2. Labor, Infektionsdiagnostik, Gewebetypisierung und apparative Diagnostik

Die erhobenen Befunde aus der Anamnese, die zu erhebenden Laborwerte einschließlich Infektionsdiagnostik, die aktuellen klinischen Angaben sowie die Befunde aus der apparativen Diagnostik stellen die medizinische Entscheidungsgrundlage für den Empfängerschutz und damit den Umfang der Organspende, die Allokation und die Akzeptanz des vermittelten Organs dar. Um einen möglichst raschen und reibungslosen Ablauf der Spendercharakterisierung zu gewährleisten, sollte dieser möglichst frühzeitig mit der Koordinierungsstelle besprochen werden. Gegebenenfalls kann das Spenderkrankenhaus über die üblicherweise durchzuführenden Untersuchungen schon bei der allgemeinen Beratung mit der Koordinierungsstelle informiert werden.

Für Laboruntersuchungen, die zur Klärung der Frage benötigt werden, ob und für welche Organe der Verstorbene als Spender in Betracht kommt, dürfen Blutproben verwendet werden, die bereits vor der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls für andere Untersuchungen oder danach zur Überwachung der Homöostase entnommen wurden.

a) Labor

Vor Meldung des Spenders bei der Vermittlungsstelle sollen in der Regel die zu erhebenden Laborwerte im Entnahmekrankenhaus tagesaktuell vorliegen oder sie werden vom DSO-Koordinator im Entnahmekrankenhaus zur Bestimmung veranlasst:

- Blutgruppe (Kopie des Blutgruppenbefundes und Bedside-Test)
- arterielle Blutgase unter optimalen Beatmungsparametern (mit Messung bei FiO_2 aktuell und FiO_2 1,0 gemäß **Anlage 5b** (Blutgase – Befundbogen für Organspender))
- Blutbild, evtl. Differentialblutbild falls automatisch gemessen verfügbar
- Blutzucker
- Urinstatus (inklusive Ausschluss Proteinurie) und -sediment

Klinische Chemie

- Natrium
- Kalium
- Kreatinin i. S.
- Harnstoff i. S.
- Amylase
- Lipase
- HbA1c
- alkalische Phosphatase
- ASAT (GOT)
- ALAT (GPT)
- γ -GT
- Bilirubin (total und direkt)
- LDH
- CK, ggf. CK-MB, Troponin T oder Troponin I
- Albumin/Gesamtprotein
- Quick
- PTT, INR
- Fibrinogen/AT III
- C-reaktives Protein (CRP)

b) Infektionsdiagnostik

Die erforderlichen infektionsserologischen Untersuchungen müssen in zertifizierten Vertragslaboratorien der Koordinierungsstelle (Tag und Nacht) durchgeführt werden. Der DSO-Koordinator veranlasst die erforderlichen Maßnahmen.

Virologie

Zur Spendercharakterisierung sind verschiedene virologische Untersuchungen erforderlich, die je nach Risikoprofil der Spender und Ergebnissen erster Untersuchungen angepasst werden. Dabei ist zwischen Untersuchungen zu unterscheiden, deren Ergebnisse bereits vor der Transplantation vorliegen müssen und Untersuchungen, deren Ergebnisse ggf. auch erst nach erfolgter Transplantation zur Verfügung stehen müssen.

Untersuchungsergebnisse, die spätestens zur Transplantation vorliegen müssen:

- Anti-HIV-1/2 (inkl. HIV-p24-Antigen)
- Anti-HCV
- HBsAg
- Anti-HBc
- Anti-CMV (IgG)
- SARS-CoV-2-NAT

Bei Spendern mit einem erhöhten Risiko für eine HIV- oder Hepatitis C-Infektion ist zusätzlich zu Anti-HIV-1/2 (inkl. HIV-p24-Antigen) und Anti-HCV die HIV-NAT- und HCV-NAT-Bestimmung vor der Organentnahmeoperation durchzuführen.

Verfahrensanweisung zur Überprüfung des Abschlusses der ORGAN- UND SPENDERCHARAKTERISIERUNG nach § 10a Absatz 1 TPG sowie zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG, rechtzeitig erreichen (§ 11 Abs. 1a Nr. 4 und 5 TPG)

Sofern kein erhöhtes Risiko für eine Hepatitis C-Infektion vorliegt, ist im weiteren Vorgehen wie folgt zu differenzieren:

- aa) Zeigt sich bei der Spendercharakterisierung ein unerwarteter reaktiver HCV-Antikörper-Befund, ist idealerweise vor Meldung des Spenders bei der Vermittlungsstelle spätestens aber vor der Transplantation eine HCV-NAT-Bestimmung durchzuführen.
- bb) Ist der HCV-Antikörper-Befund bei der Spendercharakterisierung negativ, werden die Organe zur Transplantation freigegeben und eine HCV-NAT-Bestimmung muss spätestens innerhalb von 24 h nach Vorliegen des Antikörperbefundes durchgeführt werden.

Bei Spendern, die Anti-HBc positiv und HBsAg negativ getestet werden, hat eine Anti-HBs-Bestimmung sowie eine HBV-NAT-Bestimmung zu erfolgen, um eine aktive Infektion mit höhergradiger Virämie nicht zu übersehen.

Untersuchungsergebnisse, welche nicht vor der Transplantation vorliegen müssen:

Im Falle eines Anti-HCV-negativen Spenders ohne erhöhtes Risiko für diese Infektion, sind über die unter 2.b) bb) genannten HCV-NAT-Bestimmung hinaus, zur Planung der Prophylaxe, eines entsprechenden Monitorings oder zur Einleitung einer präemptiven Therapie bei Empfängern folgende Untersuchungsergebnisse – sofern diese nicht zum Zeitpunkt der Transplantation vorliegen – zeitnah im Nachgang einer realisierten Organspende den Transplantationszentren zur Verfügung zu stellen:

- HEV-NAT
- Anti-EBV
- Anti-Toxoplasmose
- Anti-Treponema pallidum

Kulturen (zur Differenzialdiagnose bei schweren Infektionen oder Sepsis)

- Blut
- Urin
- Tracheal-/Bronchialsekret (sofern vorhanden aus bronchoalveolärer Lavage)
- ggf. Liquor bei klinischen Hinweisen
- ggf. weitere Abstriche (auch intraoperativ) nach Risikoprofil

c) Gewebetypisierung

Eine Gewebetypisierung der Spender ist für die Organallokation durch die Vermittlungsstelle von Bedeutung: Zum einen wird bei der Nierenallokation der Umfang der Übereinstimmung der Gewebeeigenschaften zwischen Spender und Empfänger berücksichtigt, denn je höher die Übereinstimmung, desto besser die Langzeitergebnisse der Transplantation. Zum anderen werden Empfänger, die Unverträglichkeiten mit den beim Spender nachgewiesenen Gewebemerkmale (sog. nicht-akzeptable humane Leukozytenantigene – NAHA) aufweisen, von der Allokation mittels einer sog. virtuellen Kreuzprobe ausgeschlossen. Die zu diesen Zwecken notwendige, detaillierte Gewebetypisierung der Spender wird nach abschließender Todesfeststellung und Einwilligung zur Organspende durch die Koordinierungsstelle in dafür zugelassenen Laboren beauftragt.

d) Apparative Diagnostik

Bei jedem Verstorbenen ist folgende apparative Diagnostik durchzuführen, sofern nicht bereits aktuelle Vorbefunde gegebenenfalls auch in Form eines CTs oder MRTs vorliegen. Befunde werden mittels der von der DSO zur Verfügung gestellten Befundbögen dokumentiert und der DSO zur Verfügung gestellt:

IV.

B. BESONDERER TEIL

Verfahrensanweisung zur Überprüfung des Abschlusses der **ORGAN- UND SPENDERCHARAKTERISIERUNG** nach § 10a Absatz 1 TPG sowie zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG, rechtzeitig erreichen (§ 11 Abs. 1a Nr. 4 und 5 TPG)

- Ultraschall Abdomen
- Röntgen Thorax (1m Abstand)

Abhängig davon, welche Organe entnommen werden sollen, ist folgende Zusatzdiagnostik durchzuführen:

- 12-Kanal-EKG
- Echokardiographie
- Bronchoskopie (diese kann ggf. auch im Rahmen der Organentnahme durchgeführt werden)

ANLAGE 5 – BEFUNDBÖGEN

Anlage 5a	Orientierende körperliche Untersuchung – Befundbogen für Organspender
Anlage 5b	Blutgase – Befundbogen für Organspender
Anlage 5c ¹	Ultraschall Abdomen – Befundbogen für Organspender
Anlage 5c ²	MRT Abdomen – Befundbogen für Organspender
Anlage 5c ³	CT Abdomen – Befundbogen für Organspender
Anlage 5d ¹	Röntgen Thorax – Befundbogen für Organspender
Anlage 5d ²	MRT Thorax – Befundbogen für Organspender
Anlage 5d ³	CT Thorax – Befundbogen für Organspender
Anlage 5e	12-Kanal-EKG – Befundbogen für Organspender
Anlage 5f	Echokardiographie – Befundbogen für Organspender
Anlage 5g	Bronchoskopie – Befundbogen für Organspender
Anlage 5h	Koronarangiographie – Befundbogen für Organspender

e) Weiterführende Untersuchungen

Ergibt sich aufgrund der Ergebnisse der vorgenannten Untersuchungen nach Beurteilung der von der Koordinierungsstelle beauftragten Person – gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines Arztes des Entnahmekrankenhauses und/oder des Transplantationszentrums – die Notwendigkeit weitergehender diagnostischer Maßnahmen (z. B. MRT/CT/Koronarangiographie), so führt das Entnahmekrankenhaus diese Zusatzdiagnostik auf Anfrage durch die Koordinierungsstelle durch. Die dabei erhobenen Befunde sind zu dokumentieren und dem DSO-Koordinator zur Verfügung zu stellen. Kann eine apparative Untersuchung aufgrund der Infrastruktur des Entnahmekrankenhauses nicht durchgeführt werden, muss eine Einzelfallentscheidung durch die von der Koordinierungsstelle beauftragte Person bezüglich der weiteren Vorgehensweise getroffen werden.

3. Ablauf der Organ- und Spendercharakterisierung

Der stufenweise ablaufende Prozess der Organ- und Spendercharakterisierung stellt sich wie folgt dar:

a) Meldung der Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung bei vermittlungspflichtigen Organen an die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG

Alle spenderrelevanten Daten, die vom DSO-Koordinator erhoben werden, werden durch diesen im Dokumentationssystem der Koordinierungsstelle erfasst und unverzüglich über die Schnittstelle der Vermittlungsstelle zur Verfügung gestellt. Die Koordinierungsstelle stellt sicher, dass ein Arzt des Transplantationszentrums sowie ein Arzt des Entnahmekrankenhauses Einsicht in die zum jeweiligen Organspender durch die Koordinierungsstelle erhobenen Daten nehmen kann.

Verfahrensanweisung zur Überprüfung des Abschlusses der ORGAN- UND SPENDERCHARAKTERISIERUNG nach § 10a Absatz 1 TPG sowie zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG, rechtzeitig erreichen (§ 11 Abs. 1a Nr. 4 und 5 TPG)

Notwendige Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung nach Maßgabe der Anlage 1 der Richtlinie BÄK Empfängerschutz sind:

- das Entnahmekrankenhaus
- Spendertyp
- Blutgruppe
- Geschlecht
- Todesursache (ICD-10 GM)
- Todeszeitpunkt
- Geburtsdatum oder geschätztes Alter
- Gewicht
- Größe
- gegenwärtig bestehender oder zurückliegender intravenöser Drogenkonsum
- gegenwärtig bestehende oder zurückliegende Neoplasien
- andere gegenwärtig bestehende übertragbare Krankheiten
- innerhalb der letzten 30 Tage durchgeführte Impfungen mit Lebendimpfstoffen
- Ergebnisse der HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Tests
- grundlegende Angaben zur Bewertung der Funktion der gespendeten Organe

Darüber hinaus gilt für alle unter Verfahrensanweisung IV. Nr. 1. und 2. aufgelisteten Befunde, dass diese, sofern sie zum Zeitpunkt der Meldung an die Vermittlungsstelle nicht vorliegen, eindeutig als noch ausstehend oder nicht vorhanden gekennzeichnet werden sollen. Dies erleichtert dem verantwortlichen Arzt des jeweiligen Transplantationszentrums die im Einzelfall erforderliche Risiko-Nutzen-Analyse bei unvollständigen Daten gemäß § 10 a Abs. 4 Satz 3 TPG vorzunehmen und sich für oder gegen eine Organübertragung zu entscheiden.

b) Beurteilung der Organqualität durch den Entnahmechirurgen

Der verantwortliche Entnahmechirurg nimmt eine ergänzende Charakterisierung des jeweiligen Spenderorgans vor und dokumentiert diese unter Verwendung der **Anlage 6** (Organ Reports). Dieser wird im Original sowohl vom verantwortlichen Entnahmechirurgen als auch vom durchführenden Entnahmechirurgen unterzeichnet und gemeinsam mit dem Organ an das Empfängerzentrum versandt. Zudem werden diese Daten zeitgleich durch den DSO-Koordinator der Vermittlungsstelle über die Schnittstelle zur Verfügung gestellt.

Des Weiteren kann der verantwortliche Entnahmechirurg weitere Zusatzuntersuchungen (z. B. Pathologie) indizieren, welche durch den DSO-Koordinator in der Regel in einem Vertragslabor/-institut der Koordinierungsstelle zu veranlassen sind.

Werden Organe durch den verantwortlichen Entnahmechirurgen als nicht transplantabel eingestuft, ist die Begründung für den intraoperativen Organausschluss ebenfalls in Anlage 6 (Organ Reports) zu dokumentieren.

Aus Gründen der Empfängersicherheit und zur Qualitätssicherung ist eine pathologische Untersuchung des Organs oder einer für das Gesamtorgan repräsentativen Gewebeprobe zu veranlassen, sofern das Organ nicht für eine Gewebetransplantation umgewidmet wurde. Die pathologische Untersuchung ist, wenn möglich, in einer Vertragspathologie der Koordinierungsstelle durchzuführen und das Untersuchungsergebnis der Koordinierungsstelle zu übermitteln.

Verfahrensanweisung zur Überprüfung des Abschlusses der ORGAN- UND SPENDERCHARAKTERISIERUNG nach § 10a Absatz 1 TPG sowie zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG, rechtzeitig erreichen (§ 11 Abs. 1a Nr. 4 und 5 TPG)

Gibt es Hinweise, dass die Veränderungen des als nicht transplantabel eingestuften Organs unmittelbare Auswirkungen auf die Beurteilung anderer Organe des Spenders haben könnten (z. B. unklare Raumforderung), ist diese pathologische Untersuchung unverzüglich durchzuführen und das Untersuchungsergebnis unverzüglich der Koordinierungsstelle zu übermitteln.

Werden intraoperativ von der Transplantation ausgeschlossene Organe nicht als Gesamtorgan zur pathologischen Untersuchung versendet, verbleiben sie im Körper des Spenders.

Erfolgt in begründeten Einzelfällen keine pathologische Untersuchung entnommener Organe, ist der Koordinierungsstelle der Nachweis der ordnungsgemäßen Entsorgung zu übermitteln.

c) Beurteilung der Entnahmegüte und Organcharakterisierung durch den verantwortlichen Arzt des Transplantationszentrums

Im Transplantationszentrum erfolgt die Sichtung und Kaltpräparation des Spenderorgans durch den verantwortlichen Arzt des Transplantationszentrums. Er hat in jedem Fall die Letztentscheidungsbefugnis darüber, ob das Organ für den Empfänger geeignet ist oder nicht.

Ergibt sich im Rahmen der Sichtung oder Kaltpräparation des Spenderorgans im Transplantationszentrum die Notwendigkeit für eine histopathologische Abklärung eines suspekten Befundes (z.B. unklare Raumforderung, Verdacht auf malignen Tumor), hat der verantwortliche Arzt des Transplantationszentrums unverzüglich die Koordinierungsstelle hierüber zu informieren. In Abstimmung mit dem Transplantationszentrum wird eine pathologische Untersuchung unverzüglich durch die Koordinierungsstelle beauftragt, welche unverzüglich durchzuführen ist. Die Koordinierungsstelle informiert die Vermittlungsstelle unverzüglich über die erfolgte Beauftragung einer histopathologischen Abklärung, einschließlich der Indikation hierfür. Der Vermittlungsstelle wiederum obliegt die unverzügliche Information aller Empfängerzentren der anderen Organe desselben Spenders.

Sobald das Ergebnis der pathologischen Untersuchung vorliegt, ist dieses unverzüglich an die Koordinierungsstelle zu übermitteln, die dieses wiederum an die Vermittlungsstelle weiterleitet. Die Vermittlungsstelle informiert daraufhin unverzüglich alle Empfängerzentren.

Wird zum Zeitpunkt der Sichtung oder Kaltpräparation des Spenderorgans dieses als für den Empfänger nicht geeignet bzw. als nicht transplantabel eingestuft, hat der verantwortliche Arzt des Transplantationszentrums unverzüglich Rücksprache mit der Vermittlungsstelle zu halten, um das weitere Vorgehen abzuklären und gegebenenfalls eine erneute Vermittlung durch die Vermittlungsstelle zu veranlassen. Die Koordinierungsstelle ist ebenfalls unverzüglich vom verantwortlichen Arzt des Transplantationszentrums darüber zu informieren und die weiteren Schritte sind unter Berücksichtigung der mit der Vermittlungsstelle abgesprochenen weiteren Vorgehensweise mit ihr festzulegen (z. B. erneute sterile Verpackung und Weitertransport des Organs oder Übergabe des Transplantates an die Pathologie zur histologisch-pathologischen Aufarbeitung und Verifizierung der Organqualität).

Stuft der verantwortliche Arzt des Transplantationszentrums ein Organ als nicht transplantabel ein und erfolgt keine Weitervermittlung des Organs ist zur Gewährleistung der Empfängersicherheit und zur Qualitätssicherung eine pathologische Untersuchung des Organs zu veranlassen. Die pathologische Untersuchung ist, wenn möglich, in einer Vertragspathologie der Koordinierungsstelle durchzuführen und das Untersuchungsergebnis der Koordinierungs-

IV.

B. BESONDERER TEIL

Verfahrensanweisung zur Überprüfung des Abschlusses der **ORGAN-UND SPENDERCHARAKTERISIERUNG** nach § 10a Absatz 1 TPG sowie zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG, rechtzeitig erreichen (§ 11 Abs. 1a Nr. 4 und 5 TPG)

stelle zu übermitteln. Erfolgt in begründeten Einzelfällen keine pathologische Untersuchung entnommener Organe, ist der Koordinierungsstelle der Nachweis der ordnungsgemäßen Entsorgung zu übermitteln.

Gibt es Hinweise, dass die Veränderungen des als nicht transplantabel eingestuften Organs unmittelbare Auswirkungen auf die Beurteilung anderer Organe des Spenders haben könnten (z. B. unklare Raumforderung), ist auch diese pathologische Untersuchung unverzüglich zu veranlassen und entsprechend der oben beschriebenen Vorgehensweise zu verfahren.

Zur Evaluation und Verbesserung der Qualität der Organcharakterisierung, der Organentnahme und des Transports ist eine Dokumentation auf den entsprechenden Quality Forms **Anlage 7** (Quality Forms) sowie den bei abdominalen Organen integrierten Expanded Categorization of Lesions Forms verpflichtend, unabhängig davon, ob das Organ transplantiert, weitervermittelt oder verworfen wurde. Dies erfolgt online unter <https://isysweb.dso.de> unter Nutzung des im Organ Report zur Verfügung gestellten QF-Codes. Im Falle einer Weiterleitung an ein weiteres Transplantationszentrum erfolgt dort diese Dokumentation unter Nutzung der auf der DSO-Homepage zur Verfügung gestellten Formulare. Der im Organ Report zur Verfügung gestellte QF-Code darf hierfür nicht genutzt werden.

4. Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG rechtzeitig erreichen

Alle spenderrelevanten Daten, die durch den DSO-Koordinator erhoben werden, werden durch diesen im Dokumentationssystem der Koordinierungsstelle erfasst und unverzüglich über die Schnittstelle der Vermittlungsstelle zur Verfügung gestellt. Nach Möglichkeit sollten der Koordinierungsstelle die vom Krankenhaus erhobenen Befunde zusätzlich in englischer Sprache zur Verfügung gestellt werden. Bei der Verwendung der DSO-Befundbögen **Anlage 5** (Befundbögen) erfolgt die Übersetzung der standardisierten Angaben ins Englische automatisch.

ANLAGE 5 – BEFUNDBÖGEN

Anlage 5a	Orientierende körperliche Untersuchung – Befundbogen für Organspender
Anlage 5b	Blutgase – Befundbogen für Organspender
Anlage 5c ¹	Ultraschall Abdomen – Befundbogen für Organspender
Anlage 5c ²	MRT Abdomen – Befundbogen für Organspender
Anlage 5c ³	CT Abdomen – Befundbogen für Organspender
Anlage 5d ¹	Röntgen Thorax – Befundbogen für Organspender
Anlage 5d ²	MRT Thorax – Befundbogen für Organspender
Anlage 5d ³	CT Thorax – Befundbogen für Organspender
Anlage 5e	12-Kanal-EKG – Befundbogen für Organspender
Anlage 5f	Echokardiographie – Befundbogen für Organspender
Anlage 5g	Bronchoskopie – Befundbogen für Organspender
Anlage 5h	Koronarangiographie – Befundbogen für Organspender

Die Vermittlungsstelle stellt die in den Befundbögen enthaltenen Informationen den Transplantationszentren zur Verfügung. Darüber hinaus sind alle spenderrelevanten Informationen sowie die Befundbögen für das Transplantationszentrum jederzeit im Dokumentationssystem der DSO einsehbar.

Werden Untersuchungsbefunde nach der bereits erfolgten Spendermeldung erhoben, so informiert die Koordinierungsstelle zusätzlich zur Erfassung in das Dokumentationssystem der Koordinierungsstelle die Vermittlungsstelle elektronisch über die Schnittstelle und gegebenenfalls ergänzend telefonisch. Dies gilt insbesondere für Untersuchungsbefunde, welche erst nach erfolgter Transplantation vorliegen (z. B. nach histologisch-pathologischer Begutachtung oder nach Eingang mikrobiologischer Ergebnisse mit Erregernachweis) und für alle Befunde, die für die Beurteilung der Organqualität bedeutsam sind oder unmittelbar Einfluss auf die Behandlung des Empfängers haben könnten.

Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, Befunde (einschließlich eventueller Obduktionsbefunde), die dort erst nach Organentnahme bekannt werden, der Koordinierungsstelle unverzüglich zur Weitergabe an die Vermittlungsstelle zu übermitteln.

Ob ein Befund einen schwerwiegenden Zwischenfall oder eine schwerwiegende unerwünschte Reaktion darstellt, ist nach den Vorgaben unter VII. dieser Verfahrensanweisungen zu beurteilen, welche für diese Fälle die weitere Vorgehensweise regeln.

Grundsätze

Ziel dieser Verfahrensanweisung ist es, die qualifizierte Organentnahmeoperation und den Transport von Organen zur Transplantation zu regeln.

1. Entnahme

Die Entnahme von Organen bei verstorbenen Spendern darf nur in Entnahmekrankenhäusern nach § 9a TPG durchgeführt werden. Die mögliche Entnahme und Übertragung eines vermittlungspflichtigen Organs hat Vorrang vor der Entnahme von Geweben, sie darf nicht durch eine Gewebeentnahme beeinträchtigt werden.

Die im Explantationsdienst Tätigen werden ausschließlich auf Grundlage eines Vertrages mit der Koordinierungsstelle tätig. Das Entnahmeteam soll auf die notwendigen Personen begrenzt sein. Um dem Patientenwillen zur Organspende zu entsprechen, muss die Durchführung der Organentnahme mit hoher Dringlichkeit erfolgen. Die Terminierung der Entnahme ist zwischen Koordinierungsstelle, Entnahmekrankenhaus sowie Entnahmeteams abzustimmen. Sind die organisatorischen Voraussetzungen für die Entnahme geschaffen (Anwesenheit der Entnahmeteams), ist die Entnahme vordringlich und darf nicht durch elektive Operationen verzögert werden.

Die Organentnahme ist eine Gemeinschaftsaufgabe gemäß § 11 TPG und gehört zum Versorgungsauftrag des Entnahmekrankenhauses. Die damit zusammenhängende Dokumentation klinikseitiger Leistungen (beteiligtes Klinikpersonal, Verbrauchsmaterial etc.) und insbesondere die Dokumentation der organfunktionserhaltenden Behandlung beim Spender gemäß intensivmedizinischen Standards nach III.2 der Richtlinie BÄK Empfängerschutz, obliegt dem Entnahmekrankenhaus.

Der verantwortliche Entnahmechirurg hat sich persönlich vor der Operation von der Identität des Organspenders, dem festgestellten und dokumentierten irreversiblen Hirnfunktionsausfall, dem Umfang der vorliegenden Einwilligung sowie gegebenenfalls der Freigabe durch die Staatsanwaltschaft zu überzeugen. Schließlich sind auch die schriftlichen Blutgruppenbefunde durch ihn zu überprüfen.

Im Rahmen des bei operativen Eingriffen standardisierten Team Time Out vor Hautschnitt besteht die Möglichkeit, der Besonderheit der Durchführung einer Operation bei einem Verstorbenen Rechnung zu tragen und Würdigung und Dank für die Organspende zum Ausdruck zu bringen (z.B. durch kurzes Innehalten).

- Die Organentnahme, eine für den Erfolg beim Empfänger besonders verantwortungsvolle Operation, wird nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse von in der Entnahme von Spenderorganen besonders erfahrenen Ärzten durchgeführt.
- Bei Mehrfachorganentnahmen sind die Operations- und Perfusionsschritte zwischen den verschiedenen Operationsteams so abzustimmen, dass es zu keinem vermeidbaren Organverlust kommt.
- Der DSO-Koordinator stellt sicher, dass die für das begleitende Untersuchungsmaterial erforderlichen Blutentnahmen spätestens bis zum Perfusionsbeginn vorliegen.
- Nach der Organentnahme sind die Organe bis zum Verpacken kurzfristig in kalter Lösung aufzubewahren.

- Nach der Organentnahme erfolgt die Entnahme von Gefäßen zur Rekonstruktion bei der Transplantation.
- Vor der Verpackung der Organe hat eine Inspektion der Organe zu erfolgen, welche die Grundlage für das Ausfüllen des Organ Reports bildet. Dabei hat bei viszeralen Organen grundsätzlich eine Fotodokumentation nach standardisierten Vorgaben der Koordinierungsstelle (**Anlage 5/A** Musterfotos der organspezifischen Standardperspektiven) zu erfolgen. Bei Verdacht auf ein Malignom ist eine histologische Untersuchung/Schnellschnitt durchzuführen. Das Ergebnis der Untersuchung ist in jedem Fall auch der Koordinierungsstelle in schriftlicher Form mitzuteilen.
- Wurden Verletzungen oder Schäden der Organe selbst oder der sie versorgenden oder ableitenden (Gefäß-)Strukturen festgestellt, ist dies im Organ Report **Anlage 6** (Organ Reports) zu dokumentieren und das Transplantationszentrum unverzüglich zu informieren. Der Operationssitus und die Organe sind sorgfältig auf Tumore und Veränderungen zu inspizieren. Darüber hinaus ist unverzüglich im Nachgang zur Organentnahme ein Bericht über diese anzufertigen und der Koordinierungsstelle unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Hierfür können die von der Koordinierungsstelle über das DSO.isys web zur Verfügung gestellten standardisierten OP-Berichte genutzt werden.
- Das zur Gewebetestung und für die Crossmatch-Untersuchungen erforderliche Material (Milz und/oder Lymphknoten) wird entnommen.
- Organe und Gewebe, welche nicht zu Transplantationszwecken im Rahmen der Entnahmeoperation entnommen wurden, verbleiben nach Beendigung der Entnahmeoperation im Körper des Spenders, sofern nicht eine pathologische Untersuchung des Organs oder Gewebes indiziert ist.
- Der Leichnam ist in angemessener Weise zu versorgen und wiederherzustellen. Hierbei hat der Wundverschluss entsprechend den Standards einer Operation zu erfolgen.
- Für die Versorgung der Operationswunden ist grundsätzlich das Team zuständig, welches den Hautschnitt durchgeführt hat. Sie kann im Einzelfall auf ein anderes Team delegiert werden. In jedem Fall liegt die Verantwortung hierfür bei dem Team, das die Organentnahme beendet.
- Zu jedem Zeitpunkt ist würdevoll mit dem Verstorbenen umzugehen.

2. Konservierung

Die Konservierung der Organe erfolgt ausschließlich mit dafür nach Arzneimittelgesetz zugelassenen oder nach Medizinproduktegesetz gekennzeichneten, bestimmungsgemäß eingesetzten Konservierungslösungen. Die Herstellerangaben sind bei Verwendung der jeweiligen Konservierungslösungen zu berücksichtigen.

Die Konservierungslösung sowie etwaige benötigte Zusatzmaterialien werden von der Koordinierungsstelle vorgehalten und in Absprache mit den Entnahmeteams bereitgestellt.

Neben der Organkonservierung erfolgt zusätzlich die intraoperative Oberflächenkühlung mit eiskalter Lösung (Ringer-Laktat oder NaCl 0,9%). Zugelassene maschinengestützte Konservierungsverfahren können angewendet werden, sofern dies in den organbezogenen Richtlinien vorgesehen ist.

3. Verpackung

Die Organe und die Gefäße, welche für eine Gefäßrekonstruktion bzw. für die Transplantation benötigt werden, werden getrennt voneinander jeweils in drei sterilen Organbeuteln verpackt. Der obere Teil des Beutels wird jeweils verdrillt, umgeschlagen und mit entsprechenden Bändern wasserdicht verschlossen.

Im ersten Verpackungsbeutel, in dem sich das Organ bzw. die Gefäße befinden, muss immer dieselbe Lösung verwendet werden, die zur Perfusion der Organe verwendet wurde.

Verpacken der Organe und der Gefäße:

- Die Nieren/Pankreas/Herz werden im ersten Beutel jeweils mit mindestens 0,5 Liter und die Leber/Lunge mit mindestens 1,5 Liter gekühlter Perfusionslösung verpackt. Die Menge ist dergestalt anzupassen, dass das Organ komplett von der Lösung umgeben ist.
- Bei paarigen Organen soll zur Vermeidung einer Verwechslung der erste Beutel mit einem sterilen roten (für Rechts) oder gelben (für Links) Silikonband gekennzeichnet werden.
- Die Organe werden im zweiten Beutel mit mindestens 2,0 Liter gekühltem Ringer-Laktat oder 0,9%iger NaCl-Lösung verpackt.
- Die Organe werden in einem weiteren dritten Beutel ohne Flüssigkeitszugabe verpackt.
- Die Verpackung von Darm oder Multiviszeralpaketen erfolgt analog der o. g. Prozedur (die Volumenangaben für Beutel eins und zwei sind entsprechend der Größe des Organs anzupassen, so dass kein dauerhafter unmittelbarer Kontakt des Organs mit der Beutelwand besteht und die erforderliche Lagerungstemperatur garantiert ist).
- Die beigegebenen Gefäße werden ebenfalls in drei sterilen Beuteln mit ausreichend Flüssigkeit verpackt und an dem Beutel des zugehörigen Organs befestigt.

Generell ist darauf zu achten, dass möglichst wenig Luft in den Beuteln vorhanden ist.

Der äußere Organbeutel ist zur sicheren Identifikation mit der ET-Spendernummer zu versehen. Hierfür wird ein weißer PVC-Anhänger mit der ET-Spendernummer versehen und am Beutel befestigt. Bei paarigen Organen ist die Links- oder Rechtsseitigkeit zusätzlich zur Nutzung der Silikonbänder eindeutig sichtbar zu machen. Hierfür sind die PVC-Anhänger „R“ und „L“ zu verwenden.



4. Organtransportsystem, begleitendes Untersuchungsmaterial und Organbegleitpapiere

Für den Transport stellt die Koordinierungsstelle Organtransportsysteme (OTS) in verschiedenen Größen als Organbox zur Verfügung. Diese sollten bevorzugt genutzt werden. Sie sind lediglich für den Einmalgebrauch vorgesehen und ordnungsgemäß zu entsorgen. Die jeweils dreifach verpackten Organe und Gefäße werden in den verwendeten OTS mittig platziert. Die OTS müssen für den Transport bis zur oberen Markierung mit Crushed Ice gefüllt sein. Es ist darauf zu achten, dass sich der Beutelverschluss außerhalb des Eises befindet. Die Angaben zur Cross-Clamp-Zeit, Perfusionsbeginn und -dauer, Art und Menge der Perfusionslösung und der -qualität, Anatomie und vorhandene Auffälligkeiten sind entsprechend auf dem jeweiligen Organ Report **Anlage 6** (Organ Reports) zu dokumentieren und sind dem Transplantationszentrum mitzuteilen.

An der Seitenwand des OTS ist die Dokumententasche zu befestigen. Diese Dokumententasche enthält in einem verschlossenen Umschlag die Organbegleitpapiere (Organ Report sowie einen zusätzlichen verschlossenen Umschlag mit einer Anleitung und Unterlagen zum Weitertransport eines Spenderorgans für das Transplantationszentrum). Das „Human Organ For Transplant“-Schild enthält die unter Punkt 5. angegebenen verpflichtenden Informationen.

Das mit der ET-Spendernummer und der DSO-Kennnummer (D-Nummer) eindeutig identifizierbare begleitende Untersuchungsmaterial – für jede Niere sowie im Fall eines geplanten Leber-Splits, zweifach – wird getrennt und ungekühlt in den separaten Fächern im Deckel des OTS untergebracht. Das begleitende Untersuchungsmaterial besteht aus je 9 ml geklottetem Vollblut zur Serumgewinnung, 9 ml EDTA-Blut, einem ausreichend großen Stück Milzgewebe (mindestens 2,5 cm³) und/oder Lymphknoten, gegebenenfalls isolierte Zellen. Der Deckel wird zirkulär verschlossen und wie die Fächer mit DSO-Schaum-Sicherheitssiegeln, zum Ausschluss von Manipulationen, versehen.



5. Kennzeichnung der Organboxen für den Transport von Organen

Die verwendeten Organboxen sind gemäß **Anlage 8** (Human Organ For Transplant) mit folgenden Angaben zu versehen:

- ET-Spendernummer und DSO-Kennnummer (D-Nummer)
- Transportmittel und -strecke
- Bezeichnung der Koordinierungsstelle, einschließlich ihrer Anschrift und Telefonnummer
- Bezeichnung des Transplantationszentrums, in der das Organ übertragen werden soll, einschließlich seiner Anschrift und Telefonnummer
- Hinweis, dass die Organbox ein Organ enthält, unter Angabe der Art des Organs sowie gegebenenfalls seiner Links- oder Rechtsseitigkeit, und der Aufschrift „Mit Vorsicht zu handhaben“
- Empfohlene Transportbedingungen, einschließlich Anweisungen für die geeignete Umgebungstemperatur und Lage der Organbox

6. Transport

Die Transporte sind in Absprache mit den Transplantationszentren durch die Koordinierungsstelle zu organisieren. Die medizinischen und ökonomischen Aspekte unter Berücksichtigung der Anlage 6 der Richtlinie BÄK Empfängerschutz bilden die Grundlagen. Die nationalen und internationalen gesetzlichen Regelungen bei Transporten sind einzuhalten.

Handelt es sich um Organe, die im Zuständigkeitsbereich der Koordinierungsstelle entnommen wurden, ist vor Freigabe des (befüllten) OTS für den Transport durch Mitarbeiter der Koordinierungsstelle zu überprüfen, ob die unter Punkt 4. bis 6. beschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind.

Wird jedoch ein innerdeutscher Transport eines im Ausland entnommenen Organs erforderlich, so ist die Koordinierungsstelle ausschließlich für den Teil des Transports verantwortlich, den sie in Absprache mit der Vermittlungsstelle und dem Transplantationszentrum übernommen hat.

Wird ein Weitertransport eines Organs aus einem deutschen Transplantationszentrum erforderlich, sind die unter Punkt 4. bis 6. aufgeführten Festlegungen durch das Transplantationszentrum sicherzustellen. Für diesen Fall enthält der verschlossene Umschlag mit den Organbegleitpapieren in der Dokumententasche einen weiteren Umschlag mit der **Anlage 8b** (Anleitung für Konservierung und Verpackung von zum Weitertransport bestimmten Organen) und Unterlagen zum Weitertransport eines Spenderorgans für das Transplantationszentrum. Wird der Umschlag nicht benötigt, weil keine Weiterleitung des Organs erfolgt, so ist dieser ordnungsgemäß zu entsorgen.

Die Verantwortung für die bestimmungsgemäße und rechtzeitige Verwendung des Organs geht zum Zeitpunkt der Übergabe an einen Empfangsberechtigten des Transplantationszentrums auf das Transplantationszentrum über. Mit der Übergabe eines Organs an das Transplantationszentrum übernimmt dieses die Verantwortung für die Einhaltung der Konservierungsmaßnahmen.

7. Feedback

Zur Evaluation und Verbesserung der Qualität der Organcharakterisierung, der Organentnahme und des Transports ist eine Dokumentation auf den entsprechenden Quality Forms **Anlage 7** (Quality Forms) sowie den bei abdominalen Organen integrierten Expanded Categorization of Lesions Forms ist verpflichtend, unabhängig davon, ob das Organ transplantiert, weitervermittelt oder verworfen wurde. Dies erfolgt online unter <https://isysweb.dso.de> unter Nutzung des im Organ Report zur Verfügung gestellten QF-Codes. Im Falle einer Weiterleitung an ein weiteres Transplantationszentrum erfolgt dort diese Dokumentation unter Nutzung der auf der DSO-Homepage zur Verfügung gestellten Formulare. Der im Organ Report zur Verfügung gestellte QF-Code darf hierfür nicht genutzt werden.

Darüber hinaus ist insbesondere bei Verspätungen oder Transportschäden an dem OTS bzw. Organ die Koordinierungsstelle durch das Transplantationszentrum unverzüglich zu informieren.

Grundsätze

Zum Schutz aller Empfänger von Organen und/oder von Gewebe eines Spenders ist es erforderlich, die Rückverfolgbarkeit eines jeden gespendeten Organs oder Gewebes vom Spender bis hin zur Transplantation oder zur Verwerfung eines Transplantats sicherzustellen. Auf Basis eines zwischen der Vermittlungsstelle und der Koordinierungsstelle abgestimmten Dokumentationssystems kann zu jedem Zeitpunkt jedes gespendete Organ einem Empfänger zugeordnet werden sowie alle transplantierten Organe ihrem jeweiligen Spender. Durch das aufeinander abgestimmte Datenaustauschsystem wird sichergestellt, dass alle relevanten Befunde, auch solche nach erfolgter Spendermeldung, Entnahme und auch Transplantation an die Vermittlungsstelle weitergeleitet werden können. Die Vermittlungsstelle und die Koordinierungsstelle stellen gemeinsam sicher, dass alle relevanten Informationen die Transplantationszentren, in denen Organe des Spenders übertragen werden sollen oder übertragen worden sind, rechtzeitig erreichen.

1. Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit bei Organen

Mit der Meldung eines Spenders an die Koordinierungsstelle wird durch diese jedem Spender eine eindeutige DSO-Kennnummer (D-Nummer) zugeteilt. Mit der Meldung von Organen zur Allokation ordnet die Vermittlungsstelle dieser DSO-Kennnummer (D-Nummer) eine eigene ET-Spendernummer zu. Die Vermittlungsstelle teilt ihrerseits jedem Empfänger eine eindeutige Kennnummer (ET-Empfängernummer) zu. Die personenbezogenen Spender- und Empfängerdaten werden unter Verwendung der jeweiligen Kennnummern ausgetauscht. Nach erfolgter Vermittlung ordnet die Vermittlungsstelle jedem Transplantationsereignis die DSO-Kennnummer (D-Nummer) bzw. ET-Spendernummer sowie die ET-Empfängernummer zu.

2. Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit bei kombinierter Organ- und Gewebespende

Um auch bei einer Organspende, bei welcher dem Verstorbenen mindestens ein Gewebe zu Transplantationszwecken entnommen wurde (sogenannte kombinierte Organ- und Gewebespende), die Rückverfolgbarkeit sicherzustellen, sind bei der kombinierten Organ- und Gewebespende die Gewebeeinrichtungen gemäß § 35 Abs. 3 AMWHV verpflichtet, die Koordinierungsstelle unverzüglich über entnommene Gewebe bei postmortalen Spendern zu unterrichten. Dabei ist insbesondere anzugeben, ob das entgegengenommene Gewebe angenommen oder abgelehnt worden ist. Für diese Meldung stellt die Koordinierungsstelle ein Formular zur Verfügung **Anlage 9** (Mitteilung Gewebeentnahme).

Wurden im Rahmen einer postmortalen Spende keine Organe, sondern ausschließlich Gewebe (isolierte Gewebespende) entnommen, so findet diese Verfahrensanweisung keine Anwendung.

Grundsätze

In den Verfahrensanweisungen ist unter IV. die Befundübermittlung geregelt, welche durch die Verfahrensanweisung VI. zur Rückverfolgbarkeit komplementiert wird. Für die Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen gelten die nachfolgenden Regelungen. Im Folgenden wird für den Begriff „schwerwiegender Zwischenfall“ die Abkürzung für den englischen Fachbegriff „Serious Adverse Event“ (SAE) und für den Begriff „schwerwiegende unerwünschte Reaktion“ die Abkürzung für den englischen Fachbegriff „Serious Adverse Reaction“ (SAR) verwendet.

1. Zur Meldung verpflichtete Einrichtungen und Personen

Gemäß § 9 Abs. 2 TPG-Organverordnung über Qualität und Sicherheit von Organen (TPG-OrganV) sind folgende Personen und Einrichtungen zur unverzüglichen Meldung jedes SAE und jeder SAR an die Koordinierungsstelle verpflichtet:

- der Transplantationsbeauftragte des Entnahmekrankenhauses,
- Ärzte, die bei dem Organspender die Leichenschau vornehmen oder vorgenommen haben,
- Behörden, in deren Gewahrsam oder Mitgewahrsam sich der Leichnam des Organspenders befindet oder befunden hat,
- die von der Koordinierungsstelle beauftragten Dritten (z. B. Labore),
- der verantwortliche Arzt des Transplantationszentrums, welcher die weiterbehandelnden Ärzte darüber informieren soll, dass diese bei ihnen auftretende SAE und SAR dem Transplantationszentrum unverzüglich mitteilen sollten,

sowie gemäß § 10 Abs. 4 Satz TPG-OrganV

- die Vermittlungsstelle, in den Fällen, in denen ein Organ des Spenders ins Ausland vermittelt wurde oder aus dem Ausland ein Organ nach Deutschland vermittelt wurde.

Gemäß § 40 Abs. 3 Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) sind

- Gewebeeinrichtungen bei Gewebespendern, welche gleichzeitig Organspender sind, verpflichtet, jedes SAE und jede SAR unverzüglich der Koordinierungsstelle mitzuteilen.

2. Meldepflichtige Zwischenfälle und Reaktionen

In § 1 Abs. 2 Nr. 5 TPG-OrganV ist der schwerwiegende Zwischenfall (SAE) legal definiert als „jedes unerwünschte und unerwartete Ereignis von der Spende bis zur Transplantation, das zur Übertragung einer Infektionskrankheit, zum Tod oder zu Zuständen führen könnte, die lebensbedrohlich sind, eine Behinderung oder einen Funktionsverlust zur Folge haben oder eine Krankenhausbehandlung oder Morbidität nach sich ziehen oder verlängern“.

In § 1 Abs. 2 Nr. 6 TPG-OrganV ist die schwerwiegende unerwünschte Reaktion (SAR) legal definiert als „jede unbeabsichtigte Reaktion einschließlich einer Infektionskrankheit beim Empfänger, die mit irgendeinem Glied der Kette von der Spende bis zur Transplantation in Zusammenhang stehen könnte oder die lebensbedrohlich ist, eine Behinderung oder einen Funktionsverlust zur Folge hat oder eine Krankenhausbehandlung oder Morbidität nach sich zieht oder verlängert“.

SAE und SAR liegen beispielweise in folgenden Fällen vor:

- a. bei unerwarteten und schwerwiegenden immunologischen Reaktionen, die außerhalb der mit einer Transplantation verbundenen Risiken liegen, z.B. Versterben nach unbeabsichtigter Transplantation eines Blutgruppeninkompatiblen Organs (SAR),
- b. bei abgebrochener Transplantation mit erhöhtem Risiko für Empfänger, z. B. Feststellung, dass das Organ unzulänglich konserviert ist, nachdem bei dem Empfänger die Narkose bereits eingeleitet war (SAR),
- c. bei unerwarteter Serokonversion von Infektionsmarkern (SAE), oder Infektion (SAR), beim Organempfänger, die durch einen Erreger bedingt ist, der vom Spender stammen könnte,
- d. bei bösartiger Erkrankung beim Organempfänger, die vom Spender stammen könnte (SAR),
- e. im Todesfall bei einem Empfänger, der im Zusammenhang mit einem SAE steht (SAR),
- f. bei Transplantatverlust bei einem Empfänger, der im Zusammenhang mit einem SAE oder SAR steht, einschließlich prophylaktischer Transplantatektomie (SAR).

3. Meldeweg

Die Meldung eines SAE oder SAR hat zwingend zunächst telefonisch zu erfolgen. Für diese Meldung hat die Koordinierungsstelle eine bundeseinheitliche Rufnummer (0800 3767273), welche Tag und Nacht erreichbar ist, eingerichtet. Im Anschluss an die telefonische Meldung muss eine schriftliche Meldung per Fax an +49 (69) 677 328-89998 oder per E-Mail an dso.sare@dso.de unter Verwendung des Formulars **Anlage 10** (Meldung SAE/SAR an Koordinierungsstelle) erfolgen. Die meldende Einrichtung hat der Koordinierungsstelle alle sachdienlichen und notwendigen Angaben zur Verfügung zu stellen.

4. Umgang mit der Meldung

a) Primäranalyse

Jede Meldung eines SAE oder SAR wird im Dokumentationssystem der Koordinierungsstelle erfasst und auf ihre Ursache und Auswirkungen hin untersucht und bewertet. Ein SAE oder SAR kann auch in der Sphäre der Koordinierungsstelle entstehen. Mitunter werden SAE erst durch die Verknüpfung der Dokumentation mehrerer Ereignisse als solche erkannt. Auch für auf diese Weise festgestellte SAE und SAR gelten die in dieser Verfahrensanweisung normierten Vorgaben.

b) Adressat und Art der (Weiter-)Meldung

Nach dieser Primäranalyse erfolgt die (Weiter-)Meldung aller relevanten Befunde und Informationen an die beteiligten deutschen Transplantationszentren, die Vermittlungsstelle sowie die Gewebeeinrichtungen. Diese sind verpflichtet, der Koordinierungsstelle zu diesem Zweck eine Rufnummer zu benennen, unter der Tag und Nacht eine Meldung erfolgen kann, sowie eine Faxnummer oder eine E-Mail-Adresse für die schriftliche Weitermeldung. Der Eingang der Meldung ist der Koordinierungsstelle schriftlich zu bestätigen.

Für die Meldung bzw. Weitermeldung eines SAE oder SAR, welche die Koordinierungsstelle erreicht oder von dieser entdeckt wird, gelten die folgenden zeitlichen Vorgaben:

Zeitpunkt der Meldung/Entdeckung	Weiterleitung
vor oder bis zu zwei Wochen nach erfolgter Transplantation	unverzüglich
zwei Wochen bis zu drei Monaten nach erfolgter Transplantation	innerhalb von maximal 12 Stunden
drei Monate und später nach erfolgter Transplantation	am nächsten Arbeitstag

c) Erstellung des Erstberichts

Die Koordinierungsstelle erstellt einen Erstbericht. In allen Fällen mit grenzüberschreitendem Organ austausch, in denen die Koordinierungsstelle eine SAE- oder SAR-Meldung vorgenommen bzw. weitergeleitet hat, ist dieser Bericht gemäß den Vorgaben der TPG-OrganV zu erstellen und an die Vermittlungsstelle weiterzuleiten.

d) Vertiefte Aufarbeitung

Die Aufarbeitung der SAE und SAR erfolgt in enger Zusammenarbeit zwischen Koordinierungsstelle und Vermittlungsstelle sowie den Transplantationszentren. Die Datenerfassung aller SAE- und SAR-Meldungen erlaubt es der Koordinierungsstelle Verknüpfungen zu erstellen und Muster zu erkennen, die zu einer Entdeckung eines neuen SAE führen können.

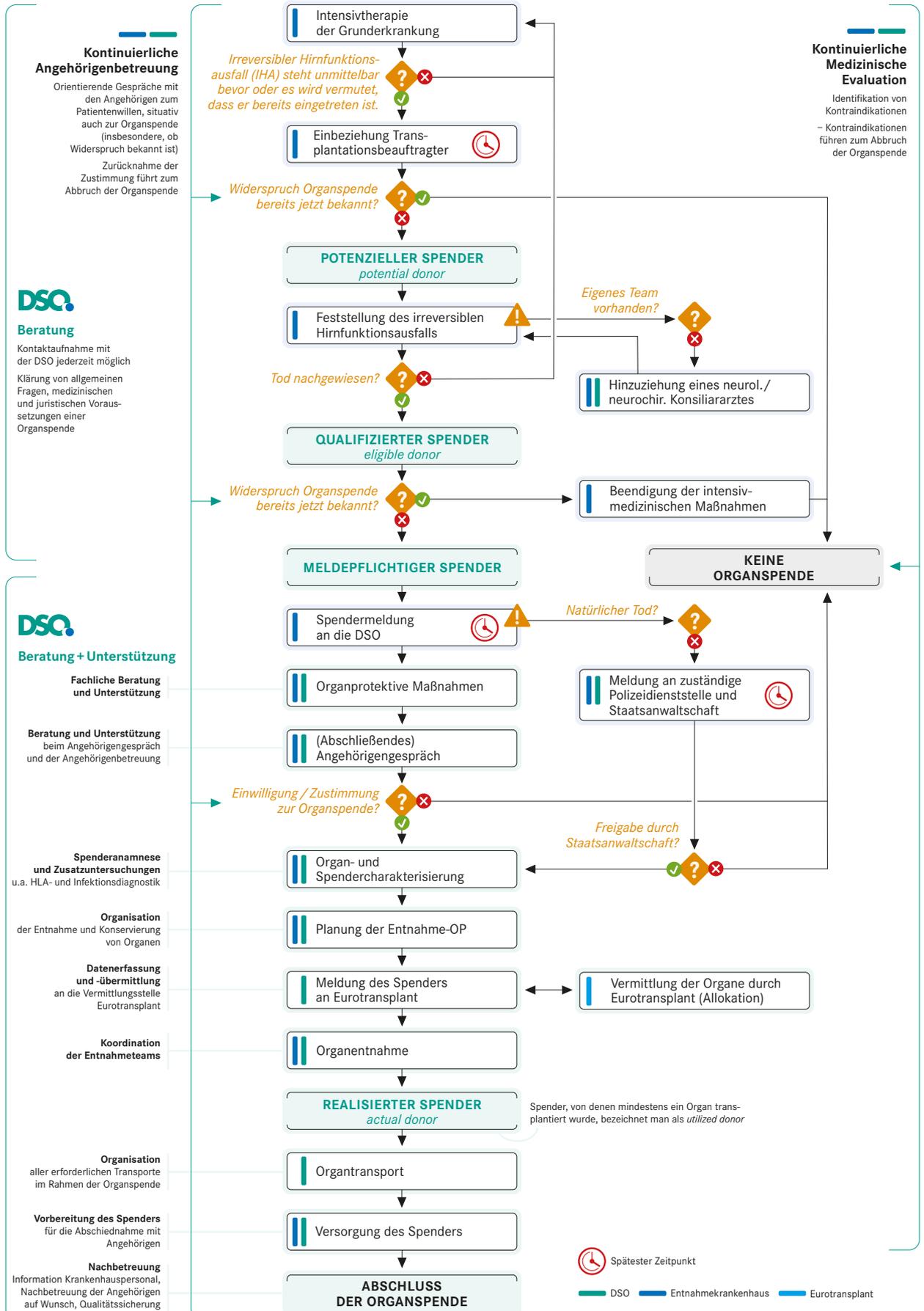
Im Rahmen der Aufarbeitung ist zu ermitteln, ob ein echtes SAE bzw. eine echte SAR vorliegt oder aber, ob sich lediglich ein bewusst in Kauf genommenes Risiko realisiert hat. Gleichzeitig kann eine Risikogewichtung vorgenommen werden.

e) Abschlussbericht

In der Regel innerhalb von drei Monaten nach Vorlage des Erstberichts erstellt die Koordinierungsstelle einen Abschlussbericht. In allen Fällen mit grenzüberschreitendem Organ austausch, in denen die Koordinierungsstelle eine SAE- oder SAR-Meldung vorgenommen hat und die Meldung im Zusammenhang mit einem Organ oder einem Spender aus Deutschland stand, ist dieser Bericht gemäß den Vorgaben der TPG-OrganV zu erstellen und an die Vermittlungsstelle weiterzuleiten. Die Erstellung des Abschlussberichts in diesen Fällen hat in Abstimmung mit den zuständigen Behörden oder beauftragten Stellen der betroffenen Bestimmungsmitgliedsstaaten zu erfolgen (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 1 TPG-OrganV). Die Koordinierungsstelle ist darüber hinaus verpflichtet, den zuständigen Behörden oder beauftragten Stellen eines betroffenen (Ursprungs-)Mitgliedstaates, bei dem die Koordinierungsstelle ein SAE/SAR in Zusammenhang mit einem Organ aus diesem Mitgliedsstaat gemeldet hat, rechtzeitig alle relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen und die Vermittlungsstelle hierüber zu unterrichten (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 2 TPG-OrganV).

Die Koordinierungsstelle stellt allen von dem SAE oder SAR betroffenen Einrichtungen das zusammenfassende Untersuchungsergebnis und die Schlussfolgerungen zur Verfügung.

Ablauf einer postmortalen Organspende



Sicherheits-Checkliste Organentnahme

DSO-Nr.:
Ort:

Fallnummer:
Klinik:

Alter:



Feststellung der Spenderidentität

Es wird bestätigt, dass Name, Vorname und Geburtsdatum von Patientenakte, Protokollbögen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, Todesbescheinigung und Identifikationsarmband des Verstorbenen identisch sind:

Datum | Unterschrift Anästhesist | Name in Druckbuchstaben

Team Time Out

Der verantwortliche Entnahmechirurg je Team stellt sich sowie die Teammitglieder mit Namen und Funktion vor und erläutert den geplanten Eingriff.

Von der Identität des Organspenders, dem Vorliegen der vorschriftsgemäßen und vollständig ausgefüllten Protokollbögen zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls sowie der Dokumentation des Angehörigengesprächs und dem genehmigten Umfang der Organentnahme haben sich die nachfolgend Unterzeichnenden überzeugt. Die Überprüfung der Blutgruppe ergibt drei übereinstimmende Befunde, von denen mindestens zwei auf serologischen Testverfahren beruhen.

Blutgruppe lt. Blutgruppenbefunden:

Blutgruppe Rhesusfaktor

Entnahmeteam Herz:

Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Lunge:

Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Niere:

Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Leber:

Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Darm:

Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

Entnahmeteam Pankreas:

Datum | Unterschrift verantw. Entnahmechirurg | Name in Druckbuchstaben

DSO-Koordinator:

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

Nach Beendigung der Operation:

Ein fachgerechter Wundverschluss und die Hautsäuberung sowie die Entfernung aller Katheter und Zugänge (soweit es von Seiten der Rechtsmedizin oder ermittelnden Behörden zulässig ist) wurden bei dem Verstorbenen vorgenommen.

Besondere Anmerkungen:

Unterschrift des für den Wundverschluss Verantwortlichen | Name in Druckbuchstaben

Unterschrift OP-Pflegepersonal/OTA | Name in Druckbuchstaben Sonstige | Name in Druckbuchstaben

Unterschrift DSO-Koordinator | Name in Druckbuchstaben

1. Erklärung des Verstorbenen

Zunächst ist zu prüfen, ob eine zu Lebzeiten getroffene Entscheidung des Verstorbenen für oder gegen eine Organ-/Gewebeentnahme bekannt ist. Diese Entscheidung kann vom Verstorbenen zu Lebzeiten im Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (Organspende-Register) erfasst, schriftlich dokumentiert (z.B. in einem Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung) oder mündlich mitgeteilt worden sein. Ein mündlich geäußertes Wille muss übermittelt werden. Die übermittelnde Person (Zeuge) muss dabei nicht die Anforderungen des § 4 Abs. 1 und Abs. 2 TPG erfüllen.

Das Transplantationsgesetz sieht in § 4 TPG eine gestufte Vorgehensweise vor, wonach zuerst das Organspende-Register abzufragen und zu klären ist, ob dort eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende registriert wurde.

Ist die elektronische Abfrage im Organspende-Register durch das Entnahmekrankenhaus ausnahmsweise nicht möglich, bestehen mehrere Möglichkeiten, das Vorhandensein und den Inhalt einer im Organspende-Register hinterlegten Erklärung festzustellen:

Zum einen bietet das BfArM bei technischen Problemen im Zugriff auf das Abrufportal 24/7 ein telefonisches Ersatzverfahren zum Abruf der Erklärung an. Dieses Verfahren steht für eine begrenzte Übergangszeit ebenfalls den freigegebenen APK-V zur Verfügung, welche noch nicht abschließend am Abrufportal registriert sind.

Die Support-Hotline ist rund um die Uhr erreichbar [Telefon: +49 (30) 2598 4370]. Das Verfahren erfordert die telefonische Kontaktaufnahme durch die abrufberechtigte Person. Eine abrufberechtigte Person muss zur Ausübung des Verfahrens Zugriff auf ihre in der Benennung angegebene E-Mail-Adresse haben. Dabei ist zu beachten, dass eine Auskunft aus dem Register auch mittels Ersatzverfahren ausschließlich an einen Arzt, eine Ärztin oder Transplantationsbeauftragten erteilt werden darf, der von einem Krankenhaus dem BfArM als auskunftsberechtigt benannt wurde (siehe § 2a Absatz 4 TPG). Weitere Informationen zum Ersatzverfahren sind unter dem Menüpunkt „Hilfe“ im Abrufportal des Registers und im geschützten Bereich für Entnahmekrankenhäuser auf der Webseite des BfArM zu finden.

Hat die Auskunft aus dem Organspende-Register ergeben, dass der mögliche Spender dort keine Erklärung abgegeben hat und liegt dem Arzt oder der Ärztin weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Spenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung bekannt ist. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme zulässig, wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Entnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat.

Die Entscheidung des Verstorbenen ist grundsätzlich bindend. Es ist der Umfang einer möglichen Organ-/Gewebespende bzw. deren Beschränkung auf bestimmte Organe/Gewebe zu berücksichtigen. Sind mehrere, sich widersprechende Erklärungen abgegeben worden, gilt die zuletzt abgegebene Erklärung. Ist nicht festzustellen, welche Erklärung zuletzt abgegeben worden ist, ist der nächste Angehörige zu befragen, ob ihm bekannt ist, welche Erklärung zuletzt abgegeben worden ist. Ist dies dem nächsten Angehörigen nicht bekannt oder ist kein entscheidungsbefugter Angehöriger im Sinne des § 4 Abs. 2 TPG vorhanden, gilt diejenige Erklärung mit der geringsten Eingriffstiefe.

Liegt eine Entscheidung zur Organ- bzw. Gewebespende vor, hat der Arzt den nächsten Angehörigen gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 TPG über die beabsichtigte Organ- oder Gewebeentnahme zu unterrichten. Weist der Angehörige oder eine diesem gleichgestellte Person bei dieser Gelegenheit auf eine Aktualisierung oder einen Widerruf der vorliegenden Verfügung hin, so ist dies zu berücksichtigen.

Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen



Für den Fall, dass eine elektronische Abfrage des Organspende-Registers durch das Entnahmekrankenhaus selbst nicht möglich ist und alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine Abfrage durchzuführen wie das Ersatzverfahren nicht möglich sind, sind die Angehörigen über eine mögliche Organ- oder Gewebeentnahme und darüber, dass eine Abfrage des Organspende-Registers nicht möglich ist, transparent zu informieren.

Wenn kein Hinweis darauf besteht, dass der oder die Verstorbene einen möglicherweise aktuellen Willen im Organspende-Register dokumentiert hat, der einer Organ- oder Gewebeentnahme entgegenstehen könnte, und liegt der Ärztin oder dem Arzt weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch vor, ist die Entnahme im Einzelfall zulässig, wenn die nächsten Angehörigen befragt worden sind, ob ihnen von dem möglichen Organ- oder Gewebespende eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist und sie über die beabsichtigte Organ- oder Gewebeentnahme informiert wurden.

Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme nur zulässig, wenn eine Ärztin oder ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders zu beachten.

Sofern in diesen Einzelfällen eine Abfrage beim Organspende-Register nicht möglich ist, sind die Kommunikation mit den Angehörigen zu der nicht erfolgten Abfrage des Organspende-Registers und die nachfolgende Entscheidungsfindung in Bezug auf die Organspende detailliert zu dokumentieren.

2. Entscheidung eines Dritten

Wurde die Entscheidung über eine Organ-/Gewebespende gemäß § 2 Abs. 2 TPG vom Verstorbenen zu Lebzeiten auf eine namentlich benannte Person seines Vertrauens übertragen, so tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

3. Entscheidung der Angehörigen oder einer gleichgestellten Person

Liegt eine Entscheidung über eine Organ-/Gewebespende nach Verfahrensweisung III. Nr. 1 und 2 nicht vor, ist die Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen oder einer diesen gleichgestellten Person erforderlich, nachdem sie über die mögliche Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet wurden.

a) Entscheidungsbefugte Person

Die Rangfolge der nächsten Angehörigen ist in § 1a Nr. 5 TPG festgelegt:

- Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner
- volljährige Kinder
- Eltern oder sofern der mögliche Organ- oder Gewebespende zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber
- volljährige Geschwister
- Großeltern

Bei mehreren gleichrangigen nächsten Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Der Widerspruch einer gleichrangigen Person verhindert die Organspende. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Entscheidung des als nächstes erreichbaren Angehörigen.

Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen



Dem (jeweilig) nächsten Angehörigen gleichgestellt ist eine volljährige Person, die dem Verstorbenen in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat, z. B.:

- Verlobte

oder eine Person

- in auf Dauer angelegter häuslicher Gemeinschaft auf Grundlage gemeinsamer Lebensplanung
- in getrennter Wohnung, aber mit über einen längeren Zeitraum gewachsener gemeinsamer Lebensplanung und innerer Bindung
- in engem Freundschaftsverhältnis mit häufigen und engen persönlichen Kontakten über einen längeren Zeitraum

Hinweis auf eine offenkundige persönliche Verbundenheit ist beispielsweise die Betreuung des Verstorbenen im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus.

Der Angehörige bzw. die gleichgestellte Person muss in den vergangenen zwei Jahren persönlichen Kontakt zum Verstorbenen gehabt haben. Der Arzt hat dies durch Befragung der nächsten Angehörigen bzw. der gleichgestellten Person festzustellen.

b) Grundlagen der Entscheidung

Die gemäß Verfahrensweisung III. Nr. 3 a) entscheidungsbefugte Person hat bei ihrer Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu beachten. Ist der mutmaßliche Wille nicht ermittelbar, erfolgt eine Entscheidung nach den Wertvorstellungen der entscheidungsbefugten Person.

4. Durchführung und Dokumentation des Angehörigengesprächs

a) Durchführung

Entscheidungen über Ort, Zeitpunkt und genauen Ablauf des Gesprächs ebenso wie über die Vertiefung einzelner Inhalte sind, orientiert an der jeweiligen besonderen Situation des möglichen Spenders und seiner Angehörigen, individuell und situationsbezogen zu treffen.

Zu diesem Gespräch sollte ein DSO-Koordinator hinzugezogen werden (vgl. Richtlinie BÄK Spendererkennung).

Kommt eine Entnahme eines oder mehrerer Organe und von Gewebe in Betracht, soll die Einholung der Zustimmung für alle Organe/Gewebe gemeinsam erfolgen. Die Erklärung kann auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränkt werden. Vermittlungspflichtige Organe sind Herz, Lunge, Niere, Leber, Pankreas, Darm. Am häufigsten werden folgende Gewebe entnommen: Herzklappen, Cornea, Gefäße, Pankreasinseln.

Die mögliche Entnahme und Übertragung eines vermittlungspflichtigen Organs hat Vorrang vor der Entnahme von Geweben, sie darf nicht durch eine Gewebeentnahme beeinträchtigt werden.

b) Dokumentation

Ablauf, Inhalt, Ergebnis sowie beteiligte Personen sind nach § 4 Abs. 4 TPG vom gesprächsführenden Arzt aufzuzeichnen. Hierfür sollte diese Leitlinie zur Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen verwendet werden. Der nächste Angehörige kann mit dem Arzt vereinbaren, dass er seine Erklärung innerhalb einer bestimmten vereinbarten Frist widerrufen kann; die Vereinbarung bedarf der Schriftform. Der DSO-Koordinator dokumentiert die Zustimmung zur Organentnahme im Dokumentationssystem der Koordinierungsstelle.

Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen


Name des/der Verstorbenen: _____

Auf Basis der vorgenannten Ausführungen erfolgt die Dokumentation des Gesprächs:

Name des/der Verstorbenen: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name des/der Gesprächspartner/s: _____

Adresse und Erreichbarkeit: _____

Rolle des/der Gesprächspartner/s (Zutreffendes bitte ankreuzen):

 Angehörige/r

Verwandtschaftsgrad des Angehörigen:

 Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner

 volljährige Kinder

 Eltern oder sofern der mögliche Organ- oder Gewebespende zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber

 volljährige Geschwister

 Großeltern

 Gleichgestellte Person

Beschreibung der besonderen persönlichen Verbundenheit:

 Dritter gemäß § 2 Abs. 2 TPG

Dokument/Grundlage:

 Zeuge des mündlichen Willens

Anmerkungen:

Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen



Name des/der Verstorbenen: _____

Kontakt des Angehörigen oder gleichgestellter Person zum Verstorbenen in den letzten 2 Jahren?

ja nein (beachte: dann keine Entscheidungsbefugnis)

Bei Beteiligung eines nachrangigen Angehörigen: Warum war ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar:

kein/e Angehöriger/gleichgestellte Person/Dritter/Zeuge erreicht/ermittelbar

Gesprächsführende/r Arzt/Ärztin:

Weitere anwesende Personen (Transplantationsbeauftragte/r, DSO-Koordinator/in):

Datum, Uhrzeit und Dauer des Gesprächs:

Gesprächsort:

Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen


Name des/der Verstorbenen: _____

I. ENTSCHEIDUNGSGRUNDLAGEN
1. Bekannter Wille des/r Verstorbenen
a) Organspende-Register

- Abfrage des Organspende-Registers erfolgt
- Elektronische Abfrage des Organspende-Registers
- Abfrage über das telefonische Ersatzverfahren (BfArM)

Eintrag des/r Verstorbenen im Organspende-Register

- Ja
- Nein

- Abfrage des Organspende-Registers nicht erfolgt

Hinweis: Ist eine Abfrage des Organspende-Registers nach Ausschöpfung aller Abfrageoptionen nicht rechtzeitig möglich, sind die nächsten Angehörigen/gleichgestellte Person über diesen Umstand transparent zu informieren und dies in diesem Formular entsprechend zu dokumentieren.

Bemerkungen:

b) Schriftlicher Wille

- Organspendeausweis
- Patientenverfügung
- sonstige schriftliche Dokumentation

c) Mündlicher Wille

- mündlicher Wille
- Anmerkungen: _____

- im Gespräch festgestellter aktueller Wille, der vom dokumentierten Willen abweicht
- Anmerkungen: _____

2. Entscheidung des Angehörigen/der gleichgestellten Person/des Dritten

- gemäß mutmaßlichem Willen des Verstorbenen
- Entscheidung nach eigenen Wertvorstellungen

Name des/der Verstorbenen: _____

II. ABLAUF UND ERGEBNIS DES GESPRÄCHS

1. Keine Zustimmung zur Organentnahme

- entscheidungsbefugte Person war nicht in der Lage, eine Entscheidung zu treffen, und hat sich Bedenkzeit erbeten bis: _____

Beachte: Ist eine Bedenkzeit vereinbart worden, so darf auf diesem Gesprächsprotokoll kein Ergebnis dokumentiert werden. In diesem Fall muss zum Ende der Bedenkzeit ein zweites Protokoll ausgefüllt werden.

- keine Zustimmung zu einer Organ- oder Gewebespende

2. Zustimmung zur Organ- und Gewebeentnahme

a) Organe

- generelle Zustimmung
- eingeschränkte Zustimmung
- Zustimmung ausschließlich für folgende Organe: _____
- keine Zustimmung für folgende Organe: _____
- keine Zustimmung

b) Gewebe

- generelle Zustimmung
- eingeschränkte Zustimmung
- Zustimmung ausschließlich für folgende Gewebe: _____
- keine Zustimmung für folgende Gewebe: _____
- keine Zustimmung
- Angehöriger/gleichgestellte Person/Dritter wurde über geplante Organ- und/oder Gewebeentnahme informiert

Für den Fall, dass eine Abfrage des Organspende-Registers nicht rechtzeitig möglich ist:

- Angehöriger/gleichgestellte Person/Dritter wurde darüber informiert, dass eine Abfrage des Organspende-Registers nicht rechtzeitig möglich ist
- schriftliche Vereinbarung der Möglichkeit eines Widerrufs bis zum: _____

Beachte: Organ-/Gewebeentnahme erst nach Ablauf der Widerrufsfrist möglich. Die Vereinbarung bedarf der Schriftform!

Dokumentation von Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen oder gleichgestellter Personen



Name des/der Verstorbenen: _____

III. SONSTIGES

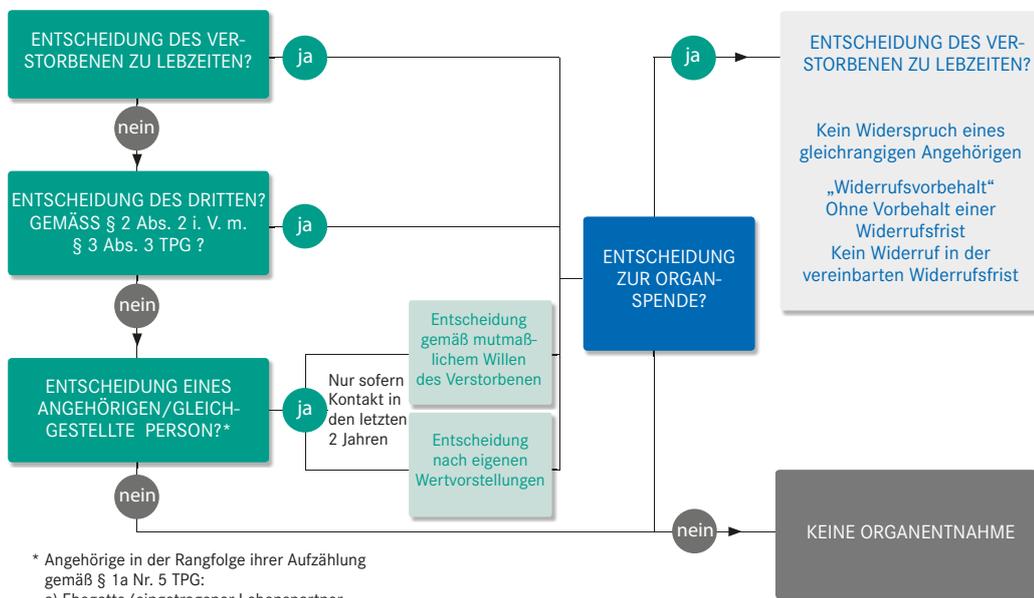
Abschiednahme vom Verstorbenen nach OP gewünscht

Besondere Anmerkungen:

Unterschrift des/der gesprächsführenden Arztes/Ärztin

Ggf. Namen und Unterschriften weiterer am Gespräch beteiligter Personen

§ 11 Abs. 1a Nr. 3 TPG zur Überprüfung der Einzelheiten der Einwilligung des Spenders nach § 3 TPG oder der Zustimmung anderer Personen nach § 4 TPG



* Angehörige in der Rangfolge ihrer Aufzählung gemäß § 1a Nr. 5 TPG:
 a) Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
 b) volljährige Kinder
 c) Eltern
 d) volljährige Geschwister
 e) Großeltern

Anamnesebogen	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

Zeitpunkt:
 Befragung durch: behandelnden Arzt Koordinator Arzt und Koordinator
 Art der Befragung: persönlich telefonisch
 verfügbare Quellen: Krankenhausarzt Hausarzt Angehörige
 Sonstige:
 Probleme bei der Befragung:

1. Ärztliche Behandlung in den letzten 12 Monaten: ja nein unbekannt

Ambulante Behandlung: ja nein unbekannt

Kontaktdaten für ambulante Behandlung:
 Grund der ambulanten Behandlung:

Stationäre Behandlung: ja nein unbekannt

Kontaktdaten für stationäre Behandlung:
 Grund der stationären Behandlung:

Blutübertragung im Rahmen der Behandlung: ja nein unbekannt

falls ja - wo, Indikation:

2. Vorerkrankungen/Voroperationen: ja nein unbekannt

**falls Ja, sind im Feld Details ergänzende Informationen zu dokumentieren (insbesondere: Krankheitsbeginn, Art und Dauer der Behandlung einschließlich Medikation und Dosierung)*

Diabetes*: ja nein unbekannt

Bluthochdruck (Hypertonie)*: ja nein unbekannt

koronare Herzerkrankungen*: ja nein unbekannt

Hepatitis / Gelbsucht*: ja nein unbekannt

Tuberkulose*: ja nein unbekannt

Geschlechtserkrankungen*: ja nein unbekannt

COVID-19 oder SARS-CoV-2-Virus-Nachweis*: ja nein unbekannt

andere Infektionserkrankungen (z.B. Malaria, Mpox (Affenpocken))*: ja nein unbekannt

Mamma- oder Brusttumor*: ja nein unbekannt

Melanom oder Hauttumor*: ja nein unbekannt

Darmtumor*: ja nein unbekannt

Prostatatumor*: ja nein unbekannt

gynäkologischer Tumor*: ja nein unbekannt

anderer Tumor*: ja nein unbekannt

Erkrankungen des Nervensystems, neurologische oder psychiatrische Erkrankungen*: ja nein unbekannt

Allergien, atopische Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen*: ja nein unbekannt

Blutkrankheiten, Blutgerinnungsstörungen*: ja nein unbekannt

falls ja, mit Erhalt von humanen Gerinnungsprodukten: ja nein unbekannt

Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



andere Vorerkrankungen*:

 ja nein unbekannt

Voroperationen*:

 ja nein unbekannt

*falls ja, Details:

3. Medikamente / Substanzen

regelmäßige Medikamenteneinnahme*:

 ja nein unbekannt
*falls ja, Medikamente:
ggf. Extrablatt

regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch:

 ja nein unbekannt

Rauchen*:

 ja nein unbekannt
*falls ja, Dauer /
Umfang (pack years):

Alkohol*:

 ja nein unbekannt
*falls ja, Dauer /
Umfang:Injektionen ohne medizinische Indikation (iv, im, sc)
in den letzten 12 Monaten*:
 ja nein unbekannt
Hinweise auf Drogenkonsum (z.B. Aufputschmittel, Amphetamine, LSD,
Marihuana, Kokain etc.):*
 ja nein unbekannt

Drogenkonsum iv / nasal*:

 ja nein unbekannt

Tattoos, Piercings, Akupunktur (in den letzten 12 Monaten)*:

 ja nein unbekannt

*falls ja, Details:

Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



4. Auffälligkeiten in den letzten Monaten (B-Symptome):

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Fieber / unklare Fieberschübe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Nachtschweiß:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Kopfschmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Gewichtsabnahme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Diarrhoe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Lymphknotenschwellungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Dysmenorrhoe / Blutungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

5. Zugehörigkeit zu Risikogruppen (HIV/HBV/HCV):

Informationen sind nicht verfügbar / unklare medizinische oder soziale Anamnese*	<input type="checkbox"/>		
Sexarbeit (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
häufig wechselnde Sexualpartner (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sexualverkehr mit einer Person, die mit HIV, HBV oder HCV infiziert ist oder eine der hier genannten Verhaltensweisen aufweist (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Aufenthalt in Strafanstalt (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sexualverkehr zwischen Männern (MSM) mit einem neuen Sexualpartner oder mehr als einem Sexualpartner (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Kinder HIV-positiver oder gefährdeter Mütter (<18 Monate oder in den letzten 12 Monaten gestillt)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Langzeitaufenthalt in Gebieten mit hoher HIV-, HBV- oder HCV-Prävalenz oder Sexualverkehr mit einer Person, die von dort eingereist ist (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
enger Kontakt innerhalb einer häuslichen Lebensgemeinschaft mit dem Risiko einer Infektion mit HIV, HBV oder HCV (in den letzten 12 Monaten)*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

*falls ja, Details:
oder falls unbekannt:

6. Ausschluss von Blutspende:

 ja nein unbekannt

falls ja, Grund:

welche Blutbank:

7. Aufenthalt (in den letzten 3 Monaten) bzw. Zuwanderung von außerhalb der Bundesrepublik Deutschland:

 ja nein unbekannt
falls ja, wo(her) /
Dauer des
Aufenthaltes:

8. Impfungen in den letzten 4 Wochen mit Lebendimpfstoffen:

 ja nein unbekannt

falls ja, bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Influenza (falls inhaliert)	<input type="checkbox"/> Varizellen	<input type="checkbox"/> Rotavirus
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> Pocken	<input type="checkbox"/> Cholera (falls oral)
<input type="checkbox"/> Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Polio (falls oral)	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi (falls oral)
<input type="checkbox"/> sonstige:		

Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:



Ort:

Klinik:

9. Impfung gegen SARS-CoV-2:

ja nein unbekannt

falls ja, Impfungen
(Zeitpunkt/Impfstoff):

10. Vorliegen multiresistenter Keime:

ja nein unbekannt

falls ja, Details (insb.
welche Keime?):

11. Tierbiss / -verletzungen:

ja nein unbekannt

falls ja, Details (insb.
welches Tier?):

12. Bestehen Anhaltspunkte für eine Schwangerschaft:

ja nein unbekannt

falls ja, Details:

13. Sonstige Anmerkungen (inkl. Kontakt zu SARS-CoV-2-Infizierten im Umfeld / Aufenthalt Risikogebiete / Situation auf Intensivstation):

Datum

Name des Arztes

Datum

Name des DSO-Koordinators

K06-Z-F-B-92-2

Orientierende körperliche Untersuchung	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

*n.b.=nicht beurteilbar

Untersucher:	Untersuchungszeitpunkt:
--------------	-------------------------

Größe:	cm	Gewicht:	kg
Allgemeinzustand:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> reduziert	
Anmerkungen:			

Haut			
Narben:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Naevi:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Tumorverdacht:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Tätowierung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Piercing:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Einstichstellen (nicht medizinisch erklärbar):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			

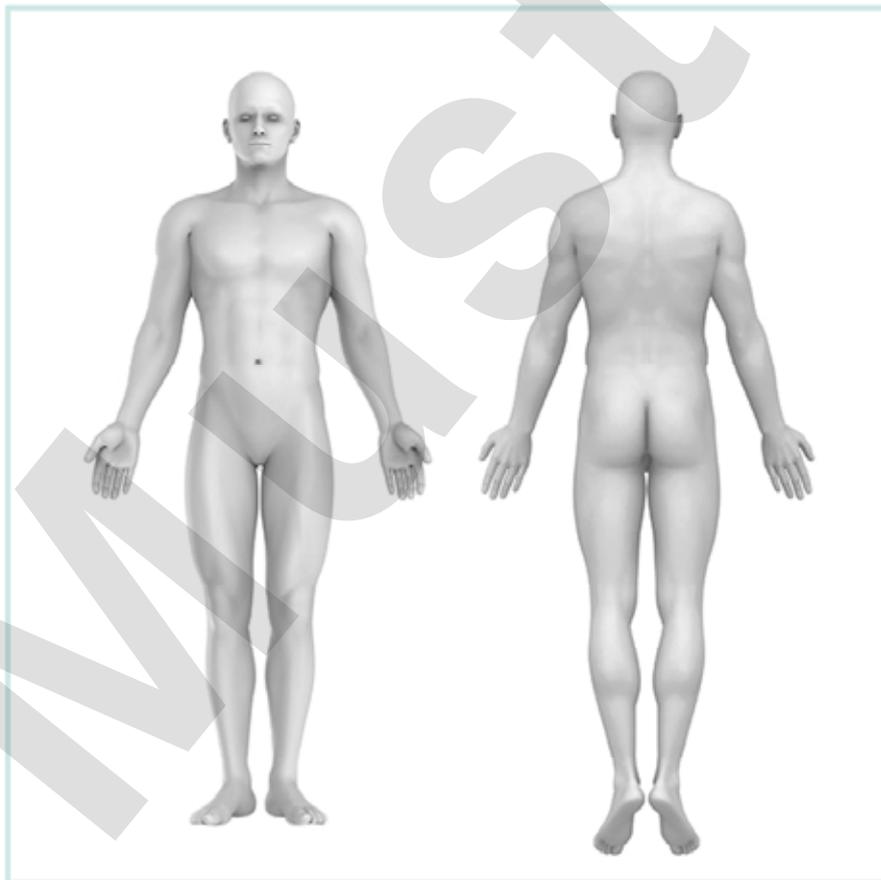
Lymphknoten			
Hals unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Achseln unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Leisten unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			

Thorax Auskultation			
Lunge unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Herz unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			

Mamma			
rechts unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
links unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			

Orientierende körperliche Untersuchung	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

Abdomen unauffällig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Rektal-digitale Untersuchung (ab 50. J) unauffällig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen			
Genital-/Analsbereich unauffällig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkungen:			
Anmerkungen:			

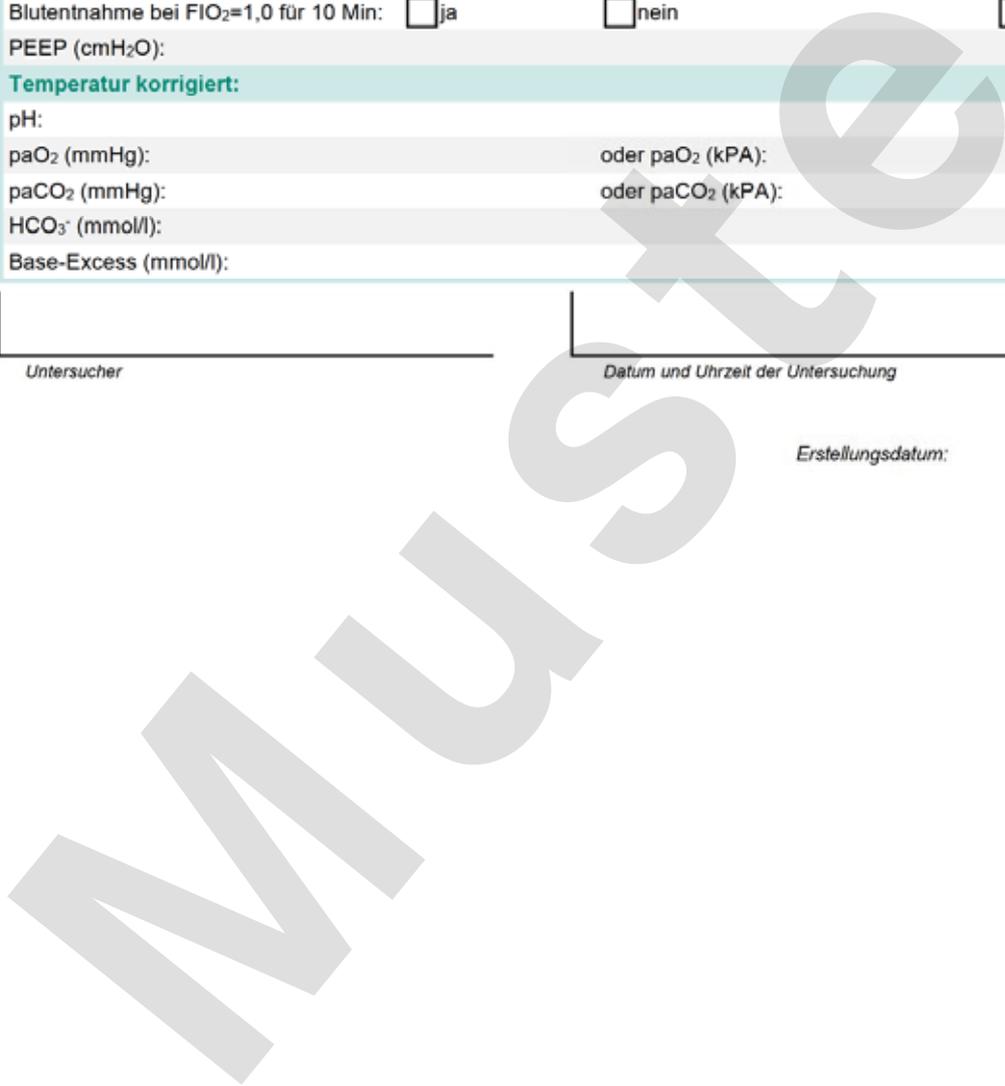


Blutgase FiO_2 1,0	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

Abgesaugt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unmöglich
Lunge rekrutiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unmöglich
Blutentnahme bei $\text{FiO}_2=1,0$ für 10 Min:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unmöglich
PEEP (cmH ₂ O):			
Temperatur korrigiert:			
pH:			
paO ₂ (mmHg):			oder paO ₂ (kPA):
paCO ₂ (mmHg):			oder paCO ₂ (kPA):
HCO ₃ ⁻ (mmol/l):			
Base-Excess (mmol/l):			

Untersucher	Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:



Ultraschall Abdomen	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Leber

Parenchym: unauffällig leicht echoinhomogen (US)/ leicht dichtegemindert (CT) stark echoinhomogen (US)/ deutlich dichtegemindert (CT) Zirrhose n.b.

Größe MCL (cm): falls nicht messbar: normal klein groß vergrößert n.b.

Raumforderung: nein ja in Segment(en): n.b.

Tumor Abszess Aneurysm Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Leberrand: scharf abgerundet n.b.

Gallen intrahep.: normal dilatiert n.b.

gänge extrahep.: normal dilatiert Choledocholithiasis n.b.

Pfortader: offen Thrombose n.b.

Vena cava: normal auffällig Hypovolämie Hypervolämie n.b.

Bemerkung:

Gallenblase

unauffällig Z.n. Cholezystektomie Cholezystolithiasis Cholezystitis Empyem n.b.

Raumforderung: nein ja Tumor Abszess Zyste *1) n.b.

Details:

Pankreas

Parenchym: unauffällig Lipomatosis Ödem Fibrose n.b.

Verkalkung: nein ja n.b.

Pankreatitis: nein ja n.b.

Raumforderung: nein ja Kopf Korpus Schwanz n.b.

Tumor Abszess Aneurysm Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Milz

unauffällig Splenomegalie Hämatom Flüssigkeitssaum n.b.

(cm): (cm): (cm):

Bemerkung:

Ultraschall Abdomen	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Niere Rechts

Längsdurchmesser (cm): Querdurchmesser (cm): Parenchymsaum (cm):

Parenchym: unauffällig reduziert atrophisch Z.n. Nephrektomie n.b.

Nephrolithiasis: nein ja n.b.

Harnstau: nein ja n.b.

Raumforderung: nein ja oberer Pol mittig unterer Pol n.b.

Tumor Abs-zess An-giom Kontu-sion Häma-tom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Niere Links

Längsdurchmesser (cm): Querdurchmesser (cm): Parenchymsaum (cm):

Parenchym: unauffällig reduziert atrophisch Z.n. Nephrektomie n.b.

Nephrolithiasis: nein ja n.b.

Harnstau: nein ja n.b.

Raumforderung: nein ja oberer Pol mittig unterer Pol n.b.

Tumor Abs-zess An-giom Kontu-sion Häma-tom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Freie Flüssigkeit

keine minimal ausgeprägt n.b.

Menge/
Verteilung:

Aorta

unauffällig einzelne Plaques schwere Arteriosklerose Aneurysma Stenose n.b.

Diameter (cm):

Lymphknoten vergrößert: nein ja ggf. Größe (cm): n.b.

paraaortal:

Bemerkung:

Ultraschall
Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



*n.b. = nicht beurteilbar
1) = Spezifikation nicht möglich

Kleines Becken

unauffällig

pathologisch

n.b.

Bemerkung:

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Muster

MRT Abdomen	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Leber

Parenchym: unauffällig leicht echoinhomogen stark echoinhomogen Zirrhose n.b.

Größe MCL (cm): falls nicht messbar: normal klein groß vergrößert n.b.

Raumforderung: nein ja in Segment(en): n.b.

Tumor Abszess Angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Leberrand: scharf abgerundet n.b.

Gallen intrahep.: normal dilatiert n.b.

gänge extrahep.: normal dilatiert Choledocholithiasis n.b.

Pfortader: offen Thrombose n.b.

Vena cava: normal auffällig Hypovolämie Hypervolämie n.b.

Bemerkung:

Gallenblase

unauffällig Z.n. Cholezystektomie Cholezystolithiasis Cholezystitis Empyem n.b.

Raumforderung: nein ja Tumor Abszess Zyste *1) n.b.

Details:

Pankreas

Parenchym: unauffällig Lipomatosis Ödem Fibrose n.b.

Verkalkung: nein ja n.b.

Pankreatitis: nein ja n.b.

Raumforderung: nein ja Kopf Korpus Schwanz n.b.

Tumor Abszess Angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Milz

unauffällig Splenomegalie Hämatom Flüssigkeitssaum n.b.

(cm): (cm): (cm):

Bemerkung:

MRT Abdomen	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Niere Rechts

Längsdurchmesser (cm):	Querdurchmesser (cm):	Parenchymsaum (cm):	
Parenchym: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> atrophisch <input type="checkbox"/> Z.n. Nephrektomie	<input type="checkbox"/> n.b.		
Nephrolithiasis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.		
Harnstau: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.		
Raumforderung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> oberer Pol <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unterer Pol	<input type="checkbox"/> n.b.		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Angiom <input type="checkbox"/> Kontusion <input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> *1)			
Details:			
Bemerkung:			

Niere Links

Längsdurchmesser (cm):	Querdurchmesser (cm):	Parenchymsaum (cm):	
Parenchym: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> atrophisch <input type="checkbox"/> Z.n. Nephrektomie	<input type="checkbox"/> n.b.		
Nephrolithiasis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.		
Harnstau: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.		
Raumforderung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> oberer Pol <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unterer Pol	<input type="checkbox"/> n.b.		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Angiom <input type="checkbox"/> Kontusion <input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> *1)			
Details:			
Bemerkung:			

Freie Flüssigkeit

<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> minimal <input type="checkbox"/> ausgeprägt	<input type="checkbox"/> n.b.
Menge/ Verteilung:	

Aorta

<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> einzelne Plaques <input type="checkbox"/> schwere Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Aneurysma <input type="checkbox"/> Stenose	<input type="checkbox"/> n.b.
Diameter (cm):	
Lymphknoten vergrößert paraaortal: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ggf. Größe (cm): <input type="checkbox"/> n.b.
Bemerkung:	

MRT-Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Kleines Becken

unauffällig pathologisch

n.b.

Bemerkung:

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Muster

CT Abdomen	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Leber

Parenchym: unauffällig leicht echoinhomogen (US)/ leicht dichtegemindert (CT) stark echoinhomogen (US)/ deutlich dichtegemindert (CT) Zirrhose n.b.

Größe MCL (cm): falls nicht messbar: normal klein groß vergrößert n.b.

Raumforderung: nein ja in Segment(en): n.b.

Tumor Abszess A-angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Leberrand: scharf abgerundet n.b.

Gallen intrahep.: normal dilatiert n.b.

gänge extrahep.: normal dilatiert Choledocholithiasis n.b.

Pfortader: offen Thrombose n.b.

Vena cava: normal auffällig Hypovolämie Hypervolämie n.b.

Bemerkung:

Gallenblase

unauffällig Z.n. Cholezystektomie Cholezystolithiasis Cholezystitis Empyem n.b.

Raumforderung: nein ja Tumor Abszess Zyste *1) n.b.

Details:

Pankreas

Parenchym: unauffällig Lipomatosis Ödem Fibrose n.b.

Verkalkung: nein ja n.b.

Pankreatitis: nein ja n.b.

Raumforderung: nein ja Kopf Korpus Schwanz n.b.

Tumor Abszess A-angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Milz

unauffällig Splenomegalie Hämatom Flüssigkeitssaum n.b.

(cm): (cm): (cm):

Bemerkung:

CT Abdomen	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Niere Rechts

Längsdurchmesser (cm): Querdurchmesser (cm): Parenchymsaum (cm):

Parenchym: unauffällig reduziert atrophisch Z.n. Nephrektomie n.b.

Nephrolithiasis: nein ja n.b.

Harnstau: nein ja n.b.

Raumforderung: nein ja oberer Pol mittig unterer Pol n.b.

Tumor Abszess Angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Niere Links

Längsdurchmesser (cm): Querdurchmesser (cm): Parenchymsaum (cm):

Parenchym: unauffällig reduziert atrophisch Z.n. Nephrektomie n.b.

Nephrolithiasis: nein ja n.b.

Harnstau: nein ja n.b.

Raumforderung: nein ja oberer Pol mittig unterer Pol n.b.

Tumor Abszess Angiom Kontusion Hämatom Zyste *1)

Details:

Bemerkung:

Freie Flüssigkeit

keine minimal ausgeprägt n.b.

Menge/
Verteilung:

Aorta

unauffällig einzelne Plaques schwere Arteriosklerose Aneurysma Stenose n.b.

Diameter (cm):

Lymphknoten vergrößert: nein ja ggf. Größe (cm): n.b.

paraaortal:

Bemerkung:

CT-Abdomen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar
*1) = Spezifikation nicht möglich

Kleines Becken

unauffällig

pathologisch

n.b.

Bemerkung:

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Muster

Röntgen-Thorax	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Allgemein							
Trachea mittig:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tubus oberhalb Carina:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lunge rechts			Lunge links				
Lunge	Auffälligkeiten / Veränderungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Rippenfraktur:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pneumothorax:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pleuraerguss:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pleuraverdickung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Atelektasen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Infiltrate:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Vermehrte Bronchuszeichnung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Path. Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Emphysem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Interstitielle Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.

Sonstiges								
Fremdkörper:		<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> linke Lu.	<input type="checkbox"/> rechte Lu.	<input type="checkbox"/> bds.	<input type="checkbox"/> Trachea	<input type="checkbox"/> n.b.	
Anmerkung:								
Prominenter Hilus:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Mediastinum verbreitert:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Herzschatten vergrößert:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Lymphknoten vergrößert mediastinal:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.

Bemerkung / sonstige Auffälligkeiten (z.B. Mamma, Axilla, Schilddrüse):

Untersucher	Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Röntgen-Thorax	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Allgemein							
Trachea mittig:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tubus oberhalb Carina:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lunge rechts			Lunge links				
Lunge	Auffälligkeiten / Veränderungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Rippenfraktur:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pneumothorax:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pleuraerguss:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pleuraverdickung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Atelektasen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Infiltrate:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Vermehrte Bronchuszeichnung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Path. Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Emphysem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Interstitielle Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.

Sonstiges								
Fremdkörper:		<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> linke Lu.	<input type="checkbox"/> rechte Lu.	<input type="checkbox"/> bds.	<input type="checkbox"/> Trachea	<input type="checkbox"/> n.b.	
Anmerkung:								
Prominenter Hilus:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Mediastinum verbreitert:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Herzschatten vergrößert:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Lymphknoten vergrößert mediastinal:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.

Bemerkung / sonstige Auffälligkeiten (z.B. Mamma, Axilla, Schilddrüse):

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Röntgen-Thorax	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Allgemein							
Trachea mittig:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Tubus oberhalb Carina:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		Lunge rechts			Lunge links		
Lunge	Auffälligkeiten / Veränderungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Rippenfraktur:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pneumothorax:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pleuraerguss:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Pleuraverdickung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Atelektasen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Infiltrate:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Vermehrte Bronchuszeichnung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Path. Raumforderung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Emphysem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.
	Interstitielle Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> n.b.

Sonstiges								
Fremdkörper:		<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> linke Lu.	<input type="checkbox"/> rechte Lu.	<input type="checkbox"/> bds.	<input type="checkbox"/> Trachea	<input type="checkbox"/> n.b.	
Anmerkung:								
Prominenter Hilus:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Mediastinum verbreitert:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Herzschatten vergrößert:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.
Lymphknoten vergrößert mediastinal:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> n.b.

Bemerkung / sonstige Auffälligkeiten (z.B. Mamma, Axilla, Schilddrüse):

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

EKG	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Herzfrequenz (BPM):	<input type="text"/>						
Sinus-Rhythmus:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
AV-Block:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					
Vorhoffarrhythmie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					
Ventrikuläre Arrhythmie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					
QRS-Veränderungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> LSB	<input type="checkbox"/> RSB	<input type="checkbox"/> bifsc. Block	<input type="checkbox"/> infarktähnlich	<input type="checkbox"/> weitere	<input type="checkbox"/> n.b.
Anmerkung:							
Endstrecken-Veränderung (ST-T-Segment):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> n.b.	
Anmerkung:							
LV-Hypertrophie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> n.b.	
QTc-Zeit:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verlängert (QTc Dauer in ms):	<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> n.b.
Bemerkungen EKG:							

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Echo Kardiographie	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Untersuchungsart: TTE TEE Untersuchungsbedingungen: gut eingeschränkt erheblich eingeschränkt

Hämodynamik bei Untersuchung

MAD: mmHg Katecholamine während Untersuchung: nein ja

Herzfrequenz: BPM

ZVD: mmHg Art & Dosis:

Linkes Herz

Falls quantitative Messung nicht möglich bitte qualitativ beschreiben.

LA: mm (≤ 40)

LV-EDD: mm (≤ 59) LV-HWdiast: mm (≤ 10) IVSdiast: mm (≤ 10)

LV-ESD: mm (≤ 38) LV-HWsys: mm IVSsys: mm

LV-EF: % Simpson (≥ 55) oder LV-EF: Teichholz oder LV-FS: % (≥ 25)

LV-Hypertrophie: keine moderat ausgeprägt n.b.

LV-Funktion systolisch: normal geringfügig reduziert mittelgradig reduziert schwerwiegend reduziert n.b.

LV-Funktion diastolisch: normal abnormale Relaxation Pseudonormalisation restriktive Füllung n.b.

Wandbewegungsstörung: nein ja
Detail: regionale Akinesie Hypokinesie n.b.

Lokalisation:

Rechtes Herz

Falls quantitative Messung nicht möglich bitte qualitativ beschreiben.

RV-EDD: mm (< 35) RV-TAPSE: mm (> 15) RA: mm (≤ 45)

RV-ESD: mm (< 25) RV-Wand: mm (≤ 5)

RV Funktion: normal Funktion reduziert n.b.

RV Größe: normal Hypertrophie n.b.

RV Morphologie: normal mittelgradig dilatiert dilatiert n.b.

Echo Kardiographie	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Aorta und Klappen		Falls quantitative Messung nicht möglich bitte qualitativ beschreiben.				
	Ao.-Annulus:	mm (<28)			Aorta-ascendens:	mm (<30)
Aorta	Morphologie:					
Aorten- klappe	Insuffizienz:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> n.b.
	Stenose:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> mittelgradig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> n.b.
	Morphologie:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verdickt	<input type="checkbox"/> verkalkt		<input type="checkbox"/> n.b.
Mitral- klappe	Insuffizienz:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> n.b.
	Stenose:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> mittelgradig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> n.b.
	Vordersegel:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verdickt	<input type="checkbox"/> verkalkt		<input type="checkbox"/> n.b.
	Hintersegel:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verdickt	<input type="checkbox"/> verkalkt		<input type="checkbox"/> n.b.
Pulmo- nal- klappe	Insuffizienz:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> n.b.
	Stenose:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> mittelgradig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> n.b.
	Morphologie:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verdickt	<input type="checkbox"/> verkalkt		<input type="checkbox"/> n.b.
Tricus- pidal- klappe	Insuffizienz:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> n.b.
	Stenose:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> mittelgradig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> n.b.
	Morphologie:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verdickt	<input type="checkbox"/> verkalkt		<input type="checkbox"/> n.b.

Perikarderguss: nein ja ggf. Stärke: mm n.b.

weitere Messungen, Anm.:
z.B. Hinweise Endokarditis,
Malformation (ASD, VSD)

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Bronchoskopie	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Trachea	Schleimhaut verändert / Auffälligkeiten:		<input type="checkbox"/> o.p.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> n.b.
Entzündung / Rötung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Blutung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Ulzera:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Tumor:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Aspiration:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Eitriges Sekret:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Sekretmenge, Konsistenz:					
Zusätzlicher Bronchus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					

Bronchus	Bronchus rechts			Bronchus links		
Schleimhaut verändert / Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> o.p.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> n.b.	<input type="checkbox"/> o.p.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> n.b.
Entzündung / Rötung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Blutung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ulzera:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Tumor:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Eitriges Sekret:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lokalisation des Sekretes:		<input type="checkbox"/> Hauptbronchus			<input type="checkbox"/> Hauptbronchus	
		<input type="checkbox"/> Lappenbronchus			<input type="checkbox"/> Lappenbronchus	
		<input type="checkbox"/> Segmentbronchus			<input type="checkbox"/> Segmentbronchus	
Sekret nach Absaugen:	<input type="checkbox"/> keines	<input type="checkbox"/> nachlaufend von peripher		<input type="checkbox"/> keines	<input type="checkbox"/> nachlaufend von peripher	
Aspiration:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Sonstiges
Bemerkung:
Trachealsekret / bronchiales Aspirat zur mikrobiologischen Untersuchung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bronchoalveoläre Lavage zur mikrobiologischen Untersuchung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Koronarangiographie	Name:	Fallnummer:	Alter:	
	Ort:	Klinik:		

n.b. = nicht beurteilbar

Gefäß	Grad der Stenose (in % / WUR=Wandunregelmäßigkeit)							nicht angelegt	n.b.
	o.p.B.	WUR-25%	26-50%	51-75%	76-90%	91-99%	100%		
RCA und Äste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proximale RCA (1):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittlere RCA (2):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distale RCA (3):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posterior-descendierende RCA (4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenostyp RCA:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> WUR	<input type="checkbox"/> A kurzstreckig <1cm		<input type="checkbox"/> B tubulär 1-2cm		<input type="checkbox"/> C langstreckig > 2cm		

LM/LCA-Hauptstamm (5):	<input type="checkbox"/>								
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gefäß	Grad der Stenose (in % / WUR=Wandunregelmäßigkeit)							nicht angelegt	n.b.
	o.p.B.	WUR-25%	26-50%	51-75%	76-90%	91-99%	100%		
LAD/RIVA und Äste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proximale RIVA/LAD (6):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittlere RIVA/LAD (7):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distale RIVA/LAD (8):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Diagonalast/D1 (9):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diagonalast/D2 (10):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenostyp LAD/RIVA:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> WUR	<input type="checkbox"/> A kurzstreckig <1cm		<input type="checkbox"/> B tubulär 1-2cm		<input type="checkbox"/> C langstreckig > 2cm		

Gefäß	Grad der Stenose (in % / WUR=Wandunregelmäßigkeit)							nicht angelegt	n.b.
	o.p.B.	WUR-25%	26-50%	51-75%	76-90%	91-99%	100%		
RCX/LCX und Äste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proximale RCX/LCX (11):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Marginalast / OM (12):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distale RCX/LCX (13):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posterior-lateral marginal/PL (14):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posterior-descendierende RCX/PD (15):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenostyp RCX/LCX:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> WUR	<input type="checkbox"/> A kurzstreckig <1cm		<input type="checkbox"/> B tubulär 1-2cm		<input type="checkbox"/> C langstreckig > 2cm		

Versorgungs-Typ:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> n. b.
Gefäßvarianten:	<input type="checkbox"/> normale Anatomie	<input type="checkbox"/> Gefäßvariante		
Lävokardiographie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	(fakultativ, evtl. falls Echokardiographie nicht aussagefähig)	
Weitere Messungen/Bemerkung:				

Koronar-angiographie

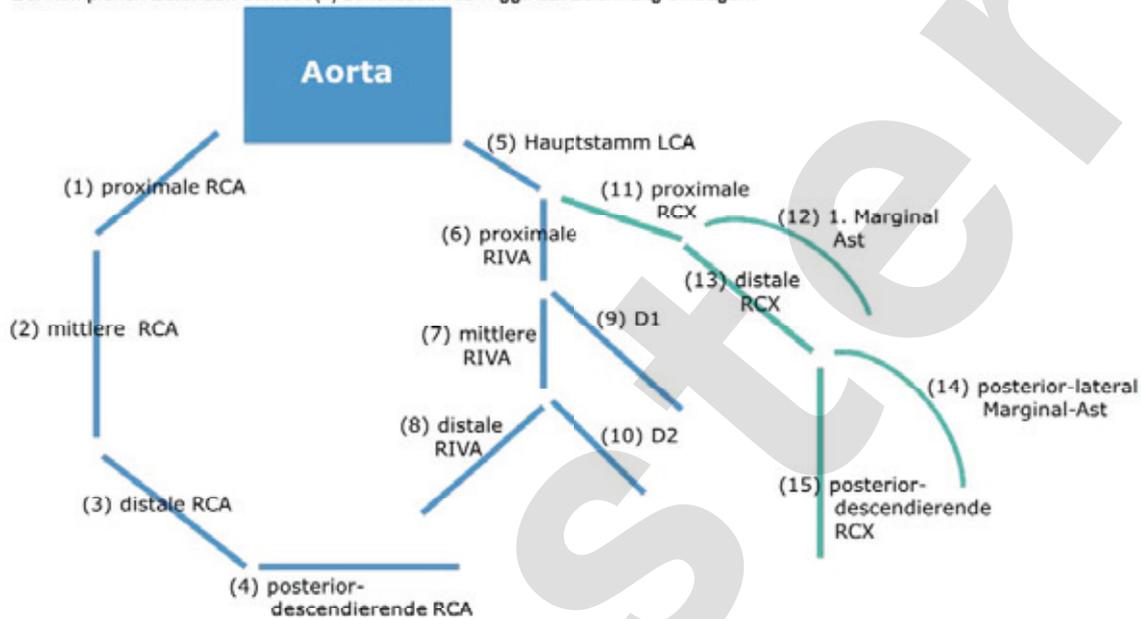
Name:
Ort:

Fallnummer:
Klinik:

Alter:



Bei Komplexen Befunden Stenose(n) Lokalisation usw. ggf. auf Zeichnung eintragen:



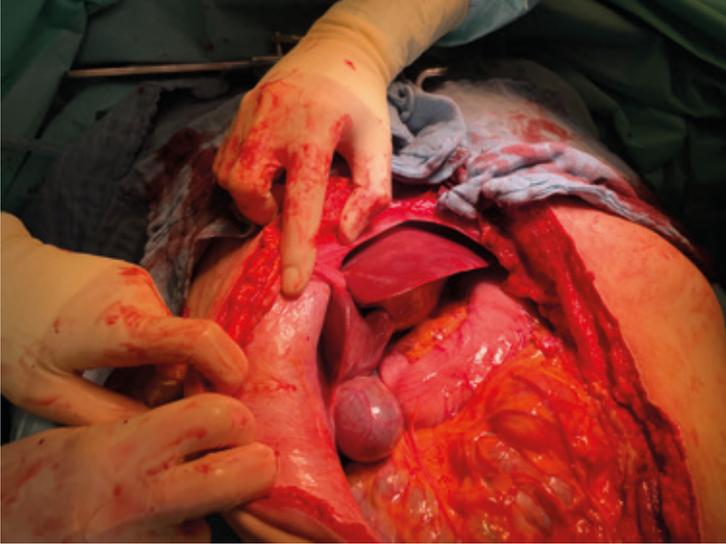
Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum:

Leber

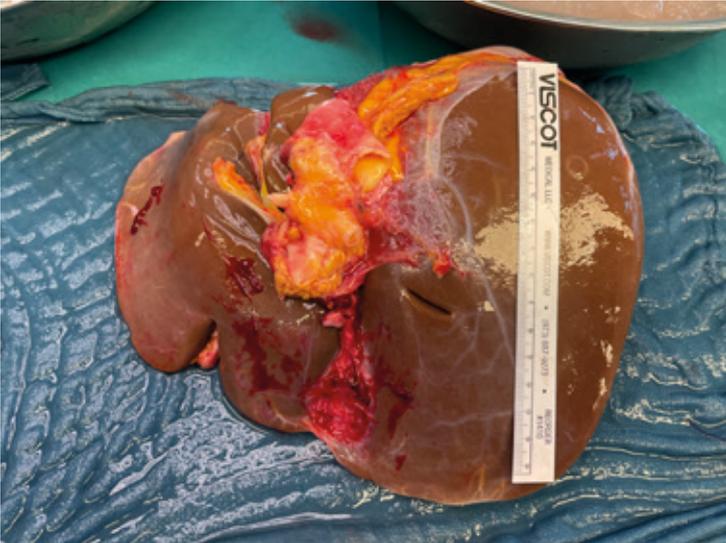
L1 Situs vor Perfusion



L2 Ventrocranial



L3 Dorsocaudal inkl. Strukturen Ligamentum hepatoduodenale



L4 Suprahepatische V. cava inf.

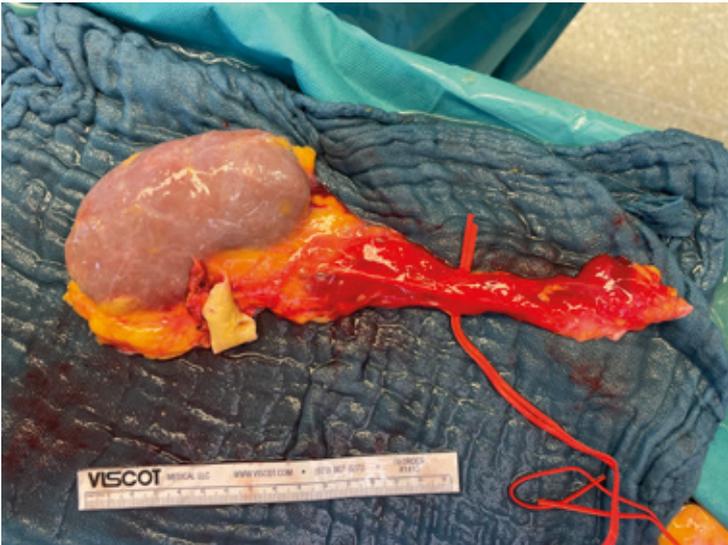


Niere

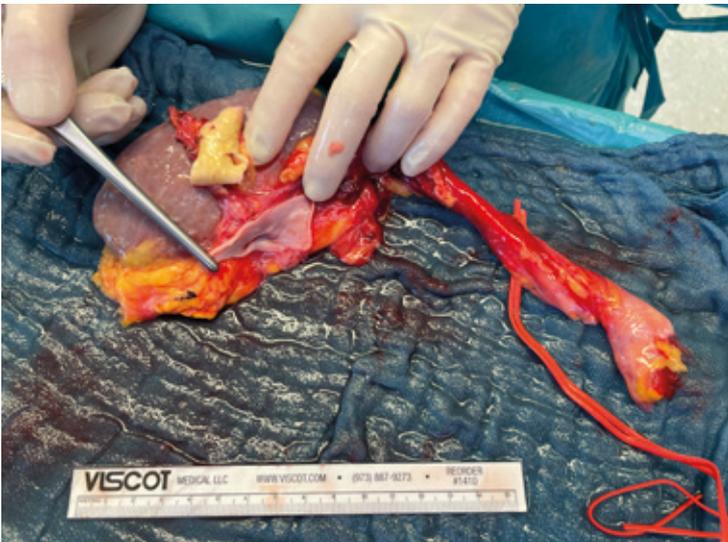
N1 Ventral inkl. Ureter und Golden Triangle



N2 Dorsal



N3 Aorten- und Venenpatch



Pankreas

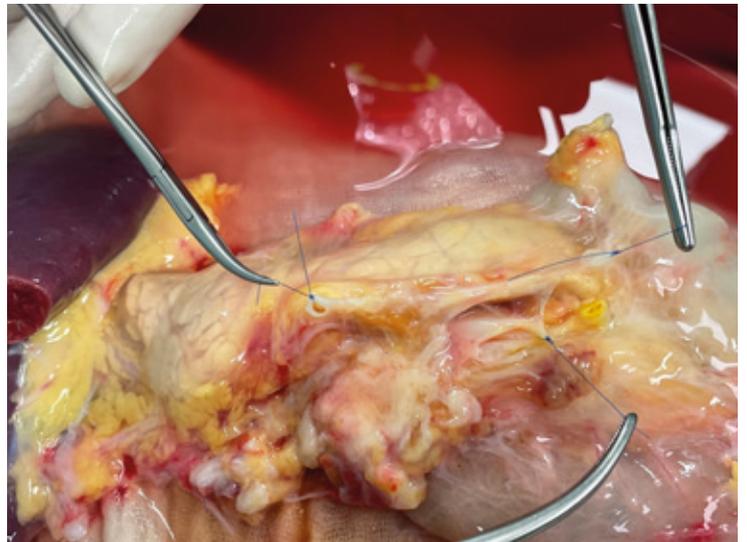
P1 Ventral inkl. Duodenum, Milz, mesenterialer Absetzungsrand



P2 Dorsal inkl. Duodenum, Milz, mesenterialer Absetzungsrand



P3 Pfortader



Thoracic organ report

City:

Hospital:



ET Donor nr. DSO Donor nr. Center: Age: Bloodgroup:

Date of report: Contact person: Contact tel nr:

PRESERVATION

Heparin: IU at:

Cross clamp time:

LUNGS

Prostaglandin: PGE1 PGE2

IV RA PA: ng/kgBW

Start cold perfusion time:

Preservation solution:

Add. to pres. solution:

Volume of perfusate: ml in min

Storage in:

Pres. solution Other:

HEART

Start cold perfusion time:

Cardioplegic solution:

Add. to pres. solution:

Volume of perfusate: ml in min

Storage in:

Cardioplegic Other:

QUALITY HEART

Perfusion:

Good Acceptable Poor

Coronary artery sclerosis:

LAD Cx RCA None

Morphological variatons:

QUALITY RIGHT LUNG

Perfusion:

Good Acceptable Poor

Weight of lungs:

Lungs en bloc: Yes No

With Heart: Yes No

Inflation status:

Complete Mild No

Morphological variatons

QUALITY LEFT LUNG

Perfusion:

Good Acceptable Poor

Weight of lungs:

Lungs en bloc: Yes No

With Heart: Yes No

Inflation status:

Complete Mild No

Morphological variatons:

Quality of heart:

Good Acceptable Poor

Machine perfusion: Yes No

Reason not used:

Procurement center:

Surgeon:

Signature: _____

Quality of right lung:

Good Acceptable Poor

Machine perfusion: Yes No

Reason not used:

Procurement center:

Surgeon:

Signature: _____

Quality of left lung:

Good Acceptable Poor

Machine perfusion: Yes No

Reason not used:

Procurement center:

Surgeon:

Signature: _____

Please fill in
QUALITY FORM online:
<https://isysweb.dso.de>
using QF-Code:

Please fill in
QUALITY FORM online:
<https://isysweb.dso.de>
using QF-Code:

Please fill in
QUALITY FORM online:
<https://isysweb.dso.de>
using QF-Code:

Additional signature, for Germany only:

Verantwortlicher Entnahmehirurg (leitender Operateur nach Richtline der BÄK gem. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr 4a) und 4b) TPG)

Nachname

Vorname

Unterschrift

If donor-data contains any english text please pay attention to this disclaimer:

Please note that DSO cannot take warranty or liability for errors or discrepancies in the translation of the medical report. Only the original medical report is binding. Therefore, if you have any queries please do not hesitate to get in touch with the coordinator in charge directly who will be happy to clarify any areas of uncertainty.

Kidney organ report

City:

Hospital:



ET Donor nr. DSO Donor nr. Center: Age: Bloodgroup:

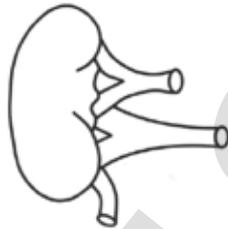
Date of report: Contact person: Contact tel nr:

PRESERVATION

Heparin: IU at: Nephrectomy time right:
 Cross clamp time: Nephrectomy time left:
 Start cold perfusion time: Perfusion solution (volume): ml
 Warm ischemia period: min Perfusion solution:

ANATOMY RIGHT KIDNEY

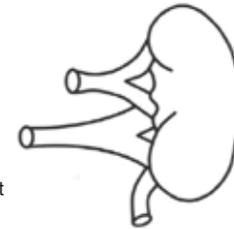
Nr. of arteries:
 Patch: Yes No
 Nr. of veins
 Patch: Yes No
 Ureter: Long Short



Arteriosclerosis: None Moderate Massive
 Morphological variations:

ANATOMY LEFT KIDNEY

Nr. of arteries:
 Patch: Yes No
 Nr. of veins
 Patch: Yes No
 Ureter: Long Short



Arteriosclerosis: None Moderate Massive
 Morphological variations:

QUALITY RIGHT KIDNEY

Perfusion: Good Acceptable Poor
 Quality of kidney: Good Acceptable Poor
 Machine perfusion: Yes No
 Reason not used:
 Procurement center:
 Surgeon:
 Signature: _____

Please fill in
QUALITY FORM online:
<https://isysweb.dso.de>
 using QF-Code:

QUALITY LEFT KIDNEY

Perfusion: Good Acceptable Poor
 Quality of kidney: Good Acceptable Poor
 Machine perfusion: Yes No
 Reason not used:
 Procurement center:
 Surgeon:
 Signature: _____

Please fill in
QUALITY FORM online:
<https://isysweb.dso.de>
 using QF-Code:

Additional signature, for Germany only:

Verantwortlicher Entnahmemechirurg (leitender Operateur nach Richtlinie der BÄK gem. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr 4a) und 4b) TPG)

Nachname

Vorname

Unterschrift

If donor-data contains any english text please pay attention to this disclaimer:
 Please note that DSO cannot take warranty or liability for errors or discrepancies in the translation of the medical report. Only the original medical report is binding. Therefore, if you have any queries please do not hesitate to get in touch with the coordinator in charge directly who will be happy to clarify any areas of uncertainty.

Liver / pancreas organ report

City:

Hospital:



ET Donor nr. DSO Donor nr. Center: Age: Bloodgroup:

Date of report: Contact person: Contact tel nr:

PRESERVATION

Heparin: IU at: Hepatectomy time:
 Cross clamp time: Pancreatectomy time:
 Start cold perfusion time: Perfusion solution (volume): ml
 Warm ischemia period: min Perfusion solution:

ANATOMY LIVER

Normal arterial anatomy

If no, specify:

Gallbladder flushed: Yes No
 Bile duct flushed: Yes No
 Coeliac axis: Yes No
 Common hepatic artery: Yes No
 SMA: Yes No
 Aortic patch: Yes No
 Portal vein: Long Short
 Cholecystectomy: Yes No
 Iliac arteries: Yes No
 Iliac veins: Yes No
 Arteriosclerosis: None Moderate Massive



ANATOMY PANCREAS

Whole organ: Yes No
 With duodenum: Yes No
 Coeliac axis included: Yes No
 Common hepatic artery: Yes No
 SMA: Yes No
 Aortic patch: Yes No
 Length portal vein: Long Short
 Iliac arteries enclosed: Yes No
 Iliac veins enclosed: Yes No
 Arteriosclerosis: None Moderate Massive

Morphological variations Liver:

Morphological variations Pancreas:

QUALITY LIVER

Perfusion: Good Acceptable Poor
 Quality of liver: Good Acceptable Poor
 Machine perfusion: Yes No
 Reason not used:
 Procurement center:
 Surgeon:
 Signature: _____

QUALITY PANCREAS

Perfusion: Good Acceptable Poor
 Quality of pancreas: Good Acceptable Poor
 Machine perfusion: Yes No
 Reason not used:
 Procurement center:
 Surgeon:
 Signature: _____

Please fill in **QUALITY FORM** online: <https://isysweb.dso.de>
 using **QF-Code**:
 in case of split liver transplantation use
 for right split **QF-Code**: for left split **QF-Code**:

Please fill in **QUALITY FORM** online:
<https://isysweb.dso.de>
 using **QF-Code**:

Additional signature, for Germany only:

Verantwortlicher Entnahmemechirurg (leitender Operateur nach Richtlinie der BÄK gem. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr 4a) und 4b) TPG)

Nachname

Vorname

Unterschrift

If donor-data contains any english text please pay attention to this disclaimer:
 Please note that DSO cannot take warranty or liability for errors or discrepancies in the translation of the medical report. Only the original medical report is binding. Therefore, if you have any queries please do not hesitate to get in touch with the coordinator in charge directly who will be happy to clarify any areas of uncertainty.

Heart Quality Form		DSO Donor Number:	ET Donor Number:	Donor Age:		
Donor Center/Region:		Procurement Center/Region:		Fax number:		
Transplant Center:		Date / Time begin of Anastomosis:				
Recipient Number:		Date / Time of arterial Reperfusion:				
Subjective general evaluation of organ:						
	<input type="checkbox"/> good	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> acceptable			
Cold ischemia time:	hrs.	min.	Anastomosis:	min.		
Initial organ function:	<input type="checkbox"/> good	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> bad			
Rhythm:	<input type="checkbox"/> primary	<input type="checkbox"/> arhythmic	<input type="checkbox"/> pacer necessary			
Problems:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No				
If „Yes“, please continue						
Quality of package:	Number of bags	<input type="checkbox"/> Leakage	<input type="checkbox"/> Low amount of fluid			
		<input type="checkbox"/> Organ frozen	<input type="checkbox"/> Others (see below)			
Coronary sclerosis:	LAD	<input type="checkbox"/> ncne	<input type="checkbox"/> some	<input type="checkbox"/> severe		
	CX	<input type="checkbox"/> ncne	<input type="checkbox"/> some	<input type="checkbox"/> severe		
	RCA	<input type="checkbox"/> ncne	<input type="checkbox"/> some	<input type="checkbox"/> severe		
Contusions marks:	<input type="checkbox"/> Yes					
Anatomical description	Left Atrium	<input type="checkbox"/> cut open	<input type="checkbox"/> intact			
	Right Atrium	length SVC	cm	length IVC	cm	
	Aorta	length	cm			
	Pulmonary Artery	length	cm			
Additional remarks:						
Name of transplant surgeon + Center Code:				Signature		

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.
Fax number:
Region xxxxx +49 69 677328 xxxx
If you have any questions, please phone:
+49 69 677328 xxxx
or email:
xxxxx@dso.de

Lung Right Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Transplant Center:

Right Lung Date / Time Begin of Anastomosis:

Recipient Number:

Right Lung Date / Time of arterial Reperfusion:

LUNG

Subjective general evaluation:

good

moderate

acceptable

Cold ischemia time:

hrs. min.

Anastomosis:

min.

Initial Organ Function:

good

moderate

bad

Reperfusion injury:

none

moderate

severe

Problems:

Yes

No

If „Yes“, please continue

Quality of package:

Number of bags:

Leakage

Low amount of fluid

Organ frozen

Others (see below)

Inflation status:

normal

overinflated

bad

Perfusion status:

homogenous

medium

bad

Atelectasis:

right upper lobe yes

right middle lobe yes

right lower lobe yes

Anatomical description:

Atrial cuff

Aorta attached

Additional remarks:

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

Lung Left Quality Form	DSO Donor Number:	ET Donor Number:	Donor Age:	

Donor Center/Region:	Procurement Center/Region:	Fax number:
----------------------	----------------------------	-------------

Transplant Center:	Left Lung Date / Time Begin of Anastomosis:
Recipient Number:	Left Lung Date / Time of arterial Reperfusion:

LUNG			
Subjective general evaluation:	<input type="checkbox"/> good	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> acceptable
Cold ischemia time:	hrs. min.	Anastomosis:	min.
Initial Organ Function:	<input type="checkbox"/> good	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> bad
Reperfusion injury:	<input type="checkbox"/> none	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> severe
Problems:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

If „Yes“, please continue			
Quality of package:	Number of bags:	<input type="checkbox"/> Leakage	<input type="checkbox"/> Low amount of fluid
		<input type="checkbox"/> Organ frozen	<input type="checkbox"/> Others (see below)

Inflation status:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> overinflated	<input type="checkbox"/> bad
Perfusion status:	<input type="checkbox"/> homogenous	<input type="checkbox"/> medium	<input type="checkbox"/> bad
Atelectasis:	<input type="checkbox"/> left upper lobe yes		<input type="checkbox"/> left lower lobe yes
Anatomical description:	<input type="checkbox"/> Atrial cuff		<input type="checkbox"/> Aorta attached
Additional remarks:			

Name of transplant surgeon + Center Code:	Signature
---	-----------

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.
Fax number: Region xxxxx +49 69 677328 xxxx
If you have any questions, please phone: +49 69 677328 xxxx
or email: xxxxx@dso.de

**Kidney Right
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Transplant Center:

Date / Time begin of Anastomosis:

Recipient Number:

Date / Time of arterial Reperfusion:

KIDNEY

right

left

En bloc

Subjective general evaluation of organ:

good

moderate

acceptable

Cold ischemia time:

hrs. min.

Anastomosis:

min.

Intraoperative urine production:

good

moderate

none

Color after reperfusion:

homogeneous

marbled

dark blue

Problems:

Yes

No

If "Yes", please continue

Quality of package:

Number of bags:

Leakage

Low amount of fluid

Organ frozen

Others (see below)

Arterial problems:

No patch

Cut in artery

Intimal lesion

Stenosis

Additional Art.

Others

remarks:

Venous problems:

too short

Cut in vein

Multiple Veins

Others

remarks:

Ureteral problems:

too short

Cut in ureter

Devascularized

Others

remarks:

**Kidney Right
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Quality of Parenchyma: decapsulated Partially decapsulated Tumor Scars
 Others

remarks:

Biopsy: no yes (Copy of the report)

Additional remarks:

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.
Fax number:
Region xxxxx +49 69 677328 xxxx
If you have any questions, please phone:
+49 69 677328 xxxx
or email:
xxxxx@dso.de

Kidney Right
Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Expanded Categorization of Lesions

Please complete this form in addition to the existing quality-form for each case to the best of your knowledge. Your support and expertise in this matter is greatly appreciated.

 Grade 0: No Lesion/explanation meets normal standard
(Transplantation without any Issues)

 Grade 1: Non standard/explanation with variations
(e.g. incorrect packaging, kidney not removed from enhancing fat, renal vein without patch, non-sufficient documentation on organ report)

 Grade 2: Lesion(s) without interference for suitability and transplantability
(e.g. non-relevant vessel injury, minimal capsule injury)

 Grade 3: Lesion(s) with consequence
(e.g. bigger capsule injury/damage of parenchyma, vessel injury which requires reconstruction)

 Grade 4: Lesion(s) resulting in a significant consequence
(e.g. injuries/lesions which require extended surgical intervention prior to transplantation)

 Grade 5: Organ not transplantable because of lesion(s)

Note: On all cases where the lesion is rated grade 3 or higher, it is advised to contact the donor center immediately and provide a picture of the lesion for documentation purposes.

Thank you very much.

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de>

with this Quality Form Code: xxx

Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

**Kidney Left
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Transplant Center:

Date / Time begin of Anastomosis:

Recipient Number:

Date / Time of arterial Reperfusion:

KIDNEY

right

left

En bloc

Subjective general evaluation of organ:

good

moderate

acceptable

Cold ischemia time:

hrs. min.

Anastomosis:

min.

Intraoperative urine production:

good

moderate

none

Color after reperfusion:

homogeneous

marbled

dark blue

Problems:

Yes

No

If "Yes", please continue

Quality of package:

Number of bags:

Leakage

Low amount of fluid

Organ frozen

Others (see below)

Arterial problems:

No patch

Cut in artery

Intimal lesion

Stenosis

Additional Art.

Others

remarks:

Venous problems:

too short

Cut in vein

Multiple Veins

Others

remarks:

Ureteral problems:

too short

Cut in ureter

Devascularized

Others

remarks:

**Kidney Left
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Quality of Parenchyma: decapsulated Partially decapsulated Tumor Scars
 Others

remarks:

Biopsy: no yes (Copy of the report)

Additional remarks:

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.
Fax number: +49 69 677328 xxxx
Region xxxxx
If you have any questions, please phone: +49 69 677328 xxxx
or email: xxxxx@dso.de

Kidney Left
Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Expanded Categorization of Lesions

Please complete this form in addition to the existing quality-form for each case to the best of your knowledge. Your support and expertise in this matter is greatly appreciated.

Grade 0: No Lesion/explanation meets normal standard
(Transplantation without any Issues)

Grade 1: Non standard/explanation with variations
(e.g. incorrect packaging, kidney not removed from enhancing fat, renal vein without patch, non-sufficient documentation on organ report)

Grade 2: Lesion(s) without interference for suitability and transplantability
(e.g. non-relevant vessel injury, minimal capsule injury)

Grade 3: Lesion(s) with consequence
(e.g. bigger capsule injury/damage of parenchyma, vessel injury which requires reconstruction)

Grade 4: Lesion(s) resulting in a significant consequence
(e.g. injuries/lesions which require extended surgical intervention prior to transplantation)

Grade 5: Organ not transplantable because of lesion(s)

Note: On all cases where the lesion is rated grade 3 or higher, it is advised to contact the donor center immediately and provide a picture of the lesion for documentation purposes.

Thank you very much.

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de>

with this Quality Form Code: xxx

Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

Liver Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region: Procurement Center/Region: Fax number:

Transplant Center: Date / Time begin of Anastomosis:
 Recipient Number: Date / Time of arterial Reperfusion:
 Date / Time of portal Reperfusion:

LIVER	<input type="checkbox"/> whole	<input type="checkbox"/> left split	<input type="checkbox"/> right split
Cold ischemia time:	hrs. min.	Anastomosis:	min.
Subjective general evaluation of organ:	<input type="checkbox"/> good	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> acceptable
Color after reperfusion	<input type="checkbox"/> homogenous	<input type="checkbox"/> marbled	<input type="checkbox"/> dark blue
Problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

If „Yes“, please continue

Quality of package: Number of bags: Leakage Low amount of fluid
 Organ frozen Others (see below)

Arterial problems:

Venous problems:

Portal problems:

Bileduct problems:

Liver
Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Quality of parenchyma:

Remarks split:

Additional remarks:

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

Liver
Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Expanded Categorization of Lesions

Please complete this form in addition to the existing quality-form for each case to the best of your knowledge. Your support and expertise in this matter is greatly appreciated.

Grade 0: No Lesion/explanation meets normal standard
(Transplantation without any Issues)

Grade 1: Non standard/explanation with variations
(e.g. incorrect packaging, kidney not removed from enhancing fat, renal vein without patch, non-sufficient documentation on organ report)

Grade 2: Lesion(s) without interference for suitability and transplantability
(e.g. non-relevant vessel injury, minimal capsule injury)

Grade 3: Lesion(s) with consequence
(e.g. bigger capsule injury/damage of parenchyma, vessel injury which requires reconstruction)

Grade 4: Lesion(s) resulting in a significant consequence
(e.g. injuries/lesions which require extended surgical intervention prior to transplantation)

Grade 5: Organ not transplantable because of lesion(s)

Note: On all cases where the lesion is rated grade 3 or higher, it is advised to contact the donor center immediately and provide a picture of the lesion for documentation purposes.

Thank you very much.

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de>

with this Quality Form Code: xxx

Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

**Liver Right Split
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region: Procurement Center/Region: Fax number:

Transplant Center: Date / Time begin of Anastomosis:
 Recipient Number: Date / Time of arterial Reperfusion:
 Date / Time of portal Reperfusion:

LIVER	<input type="checkbox"/> whole	<input type="checkbox"/> left split	<input type="checkbox"/> right split
Cold ischemia time:	hrs. min.	Anastomosis:	min.
Subjective general evaluation of organ:	<input type="checkbox"/> good	<input type="checkbox"/> moderate	<input type="checkbox"/> acceptable
Color after reperfusion	<input type="checkbox"/> homogenous	<input type="checkbox"/> marbled	<input type="checkbox"/> dark blue
Problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

If „Yes“, please continue

Quality of package: Number of bags: Leakage Low amount of fluid
 Organ frozen Others (see below)

Arterial problems:

Venous problems:

Portal problems:

Bileduct problems:

**Liver Right Split
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Quality of parenchyma:

Remarks split:

Additional remarks:

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

Liver Right Split
Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Expanded Categorization of Lesions

Please complete this form in addition to the existing quality-form for each case to the best of your knowledge. Your support and expertise in this matter is greatly appreciated.

 Grade 0: No Lesion/explanation meets normal standard
(Transplantation without any Issues)

 Grade 1: Non standard/explanation with variations
(e.g. incorrect packaging, kidney not removed from enhancing fat, renal vein without patch, non-sufficient documentation on organ report)

 Grade 2: Lesion(s) without interference for suitability and transplantability
(e.g. non-relevant vessel injury, minimal capsule injury)

 Grade 3: Lesion(s) with consequence
(e.g. bigger capsule injury/damage of parenchyma, vessel injury which requires reconstruction)

 Grade 4: Lesion(s) resulting in a significant consequence
(e.g. injuries/lesions which require extended surgical intervention prior to transplantation)

 Grade 5: Organ not transplantable because of lesion(s)

Note: On all cases where the lesion is rated grade 3 or higher, it is advised to contact the donor center immediately and provide a picture of the lesion for documentation purposes.

Thank you very much.

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de>

with this Quality Form Code: xxx

Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

**Liver Left Split
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Transplant Center:

Date / Time begin of Anastomosis:

Recipient Number:

Date / Time of arterial Reperfusion:

Date / Time of portal Reperfusion:

LIVER

whole

left split

right split

Cold ischemia time:

hrs. min.

Anastomosis:

min.

Subjective general evaluation of organ:

good

moderate

acceptable

Color after reperfusion

homogenous

marbled

dark blue

Problems

Yes

No

If „Yes“, please continue

Quality of package:

Number of bags:

Leakage

Low amount of fluid

Organ frozen

Others (see below)

Arterial problems:

Venous problems:

Portal problems:

Bileduct problems:

**Liver Left Split
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Quality of parenchyma:

Remarks split:

Additional remarks:

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de> with this Quality Form Code: xxx
Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

Liver Left Split
Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Expanded Categorization of Lesions

Please complete this form in addition to the existing quality-form for each case to the best of your knowledge. Your support and expertise in this matter is greatly appreciated.

Grade 0: No Lesion/explanation meets normal standard
(Transplantation without any Issues)

Grade 1: Non standard/explanation with variations
(e.g. incorrect packaging, kidney not removed from enhancing fat, renal vein without patch, non-sufficient documentation on organ report)

Grade 2: Lesion(s) without interference for suitability and transplantability
(e.g. non-relevant vessel injury, minimal capsule injury)

Grade 3: Lesion(s) with consequence
(e.g. bigger capsule injury/damage of parenchyma, vessel injury which requires reconstruction)

Grade 4: Lesion(s) resulting in a significant consequence
(e.g. injuries/lesions which require extended surgical intervention prior to transplantation)

Grade 5: Organ not transplantable because of lesion(s)

Note: On all cases where the lesion is rated grade 3 or higher, it is advised to contact the donor center immediately and provide a picture of the lesion for documentation purposes.

Thank you very much.

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de>

with this Quality Form Code: xxx

Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

**Pancreas
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Transplant Center:

Date / Time begin of Anastomosis:

Recipient Number:

Date / Time of arterial Reperfusion:

PANCREAS

with

without duodenum

Cold ischemia time:

hrs. min.

Anastomosis:

min.

Subjective general evaluation of organ:

good

moderate

acceptable

Intraoperative pancreatic juice production:

good

moderate

none

Initial Organ Function:

good

moderate

bad

State of Perfusion:

normal

marbled

Problems:

Yes

No

If „Yes“, please continue

Quality of package:

Number of bags:

Leakage

Low amount of fluid

Organ frozen

Others (see below)

Arterial problems:

Venous problems:

Duodenal problems:

Quality of parenchyma:

decapsulated

partially decapsulated

Tumor

Scars

Others

remarks

**Pancreas
Quality Form**

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Additional remarks:

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de>

with this Quality Form Code: xxx

Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de

Pancreas
Quality Form

DSO Donor Number:

ET Donor Number:

Donor Age:



Donor Center/Region:

Procurement Center/Region:

Fax number:

Expanded Categorization of Lesions

Please complete this form in addition to the existing quality-form for each case to the best of your knowledge. Your support and expertise in this matter is greatly appreciated.

 Grade 0: No Lesion/explanation meets normal standard
(Transplantation without any Issues)

 Grade 1: Non standard/explanation with variations
(e.g. incorrect packaging, kidney not removed from enhancing fat, renal vein without patch, non-sufficient documentation on organ report)

 Grade 2: Lesion(s) without interference for suitability and transplantability
(e.g. non-relevant vessel injury, minimal capsule injury)

 Grade 3: Lesion(s) with consequence
(e.g. bigger capsule injury/damage of parenchyma, vessel injury which requires reconstruction)

 Grade 4: Lesion(s) resulting in a significant consequence
(e.g. injuries/lesions which require extended surgical intervention prior to transplantation)

 Grade 5: Organ not transplantable because of lesion(s)

Note: On all cases where the lesion is rated grade 3 or higher, it is advised to contact the donor center immediately and provide a picture of the lesion for documentation purposes.

Thank you very much.

Name of transplant surgeon + Center Code:

Signature:

To help us to evaluate and improve the quality of organ characterization, procurement and transport, please fill in this form by logging on to <https://isysweb.dso.de>

with this Quality Form Code: xxx

Thank you

If you prefer you can return this form to Deutsche Stiftung Organtransplantation by fax.

Fax number:

Region xxxxx

+49 69 677328 xxxx

If you have any questions, please phone:

+49 69 677328 xxxx

or email:

xxxxx@dso.de



Protect from heat!
Vor Hitze schützen!

HUMAN ORGAN FOR TRANSPLANT



Protect from frost!
Vor Frost schützen!

LHO

PLEASE HANDLE WITH CARE!

LHO

ET-No. (ET-Nr.) _____

Recipient center/Hospital (Empfängerzentrum/Krankenhaus) _____

D-No. (D-Nr.) _____

Department (Abteilung) _____

Transport Car (Auto) Plane (Flugzeug) Train (Zug)

Street (Straße) _____

Airport/Station (Zielflughafen/-bahnhof) _____

Country/City (Land/Stadt) _____

Transfer station (Zwischenstation) _____

Phone-Number (Telefonnummer) _____

Flight-/Train-No. (Flugzeug-/Zug-Nr.) _____

Despatched by (Absender) _____

- Heart (Herz) _____
- Lung (Lunge) _____ *
- Kidney (Niere) _____ *
- Liver (Leber) _____ **
- Pancreas (Pankreas) _____

DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung
Koordinierungsstelle Organspende

Organisationszentrale Muster
Musterstraße 19
12345 Musterhausen
Musterland

Tel.: +49 69 123 456 7890
Fax: +49 69 123 456 7899

* left (links) * right (rechts) ** Segment-Split

Please write in block letters! (Bitte in Druckbuchstaben schreiben!)

Report inside ▶



Protect from heat!
Vor Hitze schützen!

HUMAN ORGAN FOR TRANSPLANT



Protect from frost!
Vor Frost schützen!

LHO

PLEASE HANDLE WITH CARE!

LHO

ET-No. (ET-Nr.) _____

Recipient center/Hospital (Empfängerzentrum/Krankenhaus) _____

D-No. (D-Nr.) _____

Department (Abteilung) _____

Transport Car (Auto) Plane (Flugzeug) Train (Zug)

Street (Straße) _____

Airport/Station (Zielflughafen/-bahnhof) _____

Country/City (Land/Stadt) _____

Transfer station (Zwischenstation) _____

Phone-Number (Telefonnummer) _____

Flight-/Train-No. (Flugzeug-/Zug-Nr.) _____

Despatched by (Absender) _____

- Heart (Herz) _____
- Lung (Lunge) _____ *
- Kidney (Niere) _____ *
- Liver (Leber) _____ **
- Pancreas (Pankreas) _____

DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung
Koordinierungsstelle Organspende

Organisationszentrale Muster
Musterstraße 19
12345 Musterhausen
Musterland

Tel.: +49 69 123 456 7890
Fax: +49 69 123 456 7899

* left (links) * right (rechts) ** Segment-Split

Please write in block letters! (Bitte in Druckbuchstaben schreiben!)

Report inside ▶

Formular zum Organweitertransport



ET-Nr.: _____ D-Nr.: _____

Organe

- Niere links
 Niere rechts
 Leber
 Leber Split links
 Leber Split rechts
 Pankreas

Abgelehnt von (Transplantationszentrum): _____

Grund für Ablehnung: _____

Wurde das Organ ausgepackt?

- JA > dann weiter mit Punkt 1-8
 NEIN > dann weiter mit Punkt 6-8

- 1) Organ ausgepackt ja, um (Uhrzeit) _____
- 2) Präparation am Organ ist erfolgt ja nein
- 3) Schnellschnitt/Biopsie entnommen ja nein
(Cave: Wenn ja, Ergebnis an DSO gesondert weiterleiten)
- 4) QF* ggfs. ECLF* online ausgefüllt ja
- 5) Organ ordnungsgemäß verpackt ja
(Organ [ggf. Gefäße] jeweils dreifach verpackt: 1. Beutel Perfusionslösung, 2. Beutel NaCl/Ringerlösung, 3. Beutel ohne Flüssigkeitszugabe)
-
- 6) Eis nachgefüllt bis zur oberen Markierung in Transportbox ja, um (Uhrzeit) _____
- 7) Begleitmaterial im Deckel der Transportbox vorhanden
 Serumröhrchen
 Milz/Lymphknoten
- 8) Transportbox ordnungsgemäß verschlossen ja, um (Uhrzeit) _____

BITTE NICHT VERGESSEN:

Organbegleitpapiere (in verschlossenem Umschlag) außen an der Box befestigen:

- a) Organ Report
b) Formular zum Organweitertransport (dieses Formular)

„Human Organ For Transplant“-Schild (Anlage 8) mit neuer Zieladresse versehen

Anmerkungen:

Name des Arztes in Druckbuchstaben

Datum | Uhrzeit | Unterschrift

*QF: Quality Form / ECLF: Expanded Categorization of Lesions Form

Anleitung für Konservierung und Verpackung von zum Weitertransport bestimmten Organen



Dieser Umschlag enthält neben der Anleitung selbst folgende Unterlagen zum Weitertransport eines Spenderorgans:

- (Blanko)-Formular zum Organweitertransport
- "Human Organ For Transplant"-Schild
- 8 DSO-Schaum-Sicherheitssiegel

Bei der Neuverpackung von Organen gilt generell:

Im ersten Verpackungsbeutel, in dem sich das Organ bzw. die Gefäße befinden, muss immer dieselbe Lösung verwendet werden, die auch zur Perfusion der Organe verwendet wurde (siehe **Organ Report**).

Für die Verpackung sind stets neue, sterile, ausreichend dimensionierte Verpackungsbeutel zu verwenden. Der Verschluss erfolgt mit sterilen Baumwollbändern oder Kabelbindern.

Verpacken von Nieren, Pankreas (evtl. Gefäße) (z.B. 3x PE Beutel 26 x 46cm)

- Die Niere (Pankreas) ist im **1. Beutel** idealerweise mit mindestens 0,5 Liter gekühlter Perfusionslösung sicher bedeckt zu verpacken.
- Die Niere (Pankreas) ist im **2. Beutel** idealerweise mit mindestens 2,0 Liter gekühltem Ringer Laktat oder 0,9%iger NaCl-Lösung zu verpacken.
- Die Niere (Pankreas) ist zusätzlich in einem **3. Beutel** ohne Flüssigkeitszugabe zu verpacken.

Verpacken der Leber (evtl. Gefäße) (z.B. 3x PE Beutel 40 x 52cm)

- Die Leber ist im **1. Beutel** idealerweise mit mindestens 1,5 Liter gekühlter Perfusionslösung sicher bedeckt zu verpacken.
- Die Leber ist im **2. Beutel** idealerweise mit mindestens 2,0 Liter gekühltem Ringer Laktat oder 0,9%iger NaCl-Lösung zu verpacken.
- Die Leber ist zusätzlich in einem **3. Beutel** ohne Flüssigkeitszugabe zu verpacken.

Verpacken der Lunge (z.B. 3x PE Beutel 40 x 78cm)

- Die Lunge ist im **1. Beutel** idealerweise mit mindestens 1,5 Liter gekühlter Perfusionslösung sicher bedeckt zu verpacken.
- Die Lunge ist im **2. Beutel** idealerweise mit mindestens 2,0 Liter gekühltem Ringer Laktat oder 0,9%iger NaCl-Lösung zu verpacken.
- Die Lunge ist zusätzlich in einem **3. Beutel** ohne Flüssigkeitszugabe zu verpacken.

Der äußere Organbeutel ist zur sicheren Identifikation mit der ET-Nummer zu versehen und bei paarigen Organen die Links- oder Rechtsseitigkeit sichtbar zu machen.

Befüllen des Organtransportsystems (Organtransportsystem – OTS):

- Schmelzwasser entsorgen
- Boden handbreit (bis zur unteren Markierung) mit Crushed Ice bedecken
- Organbeutel mittig in der Box einlegen
- Box mit Crushed Ice bis zur oberen Markierung auffüllen
- Wichtig: Beutelverschluss muss sich außerhalb des Eises befinden!
- Deckel ringsherum mit Paketklebeband sicher verschließen und mit vier DSO-Schaum-Sicherheitssiegeln versiegeln

Anleitung für Konservierung und Verpackung von
zum Weitertransport bestimmten Organen**Crossmatch-Material:**

Es muss immer ein Satz Crossmatch-Material mit dem Organ verschickt werden, ggf. muss das zum Organ gehörende begleitende Untersuchungsmaterial aus dem hauseigenen Typisierungslabor wiederbeschafft werden.

Wichtige Hinweise:

- Mind. 4 ml geklottetes Vollblut zur Serumgewinnung und 4 ml EDTA-Blut, ggf. Milz-/Lymphknotengewebe sind zu versenden.
- Begleitendes Untersuchungsmaterial gemäß Verpackungsanweisung P650 ADR verpacken.
- Lagerung des begleitenden Untersuchungsmaterials in einem der Fächer im Deckel des OTS.
- Fach mit den beiliegenden DSO-Schaum-Sicherheitssiegeln versiegeln.

Begleitdokumente und Kennzeichnung:

Folgende Dokumente sind grundsätzlich im Fall des Weiterversands an ein anderes Transplantationszentrum wie folgt zu bearbeiten:

- Neues „Human Organ For Transplant“-Schild mit den Empfängerdaten befüllen und außen sichtbar in die Dokumententasche einlegen.
- Formular zum Organweitertransport ausfüllen, Original zu den Begleitformularen in die Dokumententasche einlegen

In den Fällen, in denen das Organ ausgepackt wurde, ist zusätzlich das Quality Form sowie das bei den abdominalen Organen integrierte Expanded Categorization of Lesions Form online unter Nutzung des QF-Codes auszufüllen.

Mitteilung Gewebeentnahme

Gewebe­nummer:



Empfänger

Per Telefax an: +49 (69) 677 328-9999
oder
per E-Mail an: geweberegistrierung@dso.de
Deutsche Stiftung Organtransplantation
Geweberegistrierung
Deutschherrnufer 52 | 60594 Frankfurt am Main

Absender

 bitte vollständig ausfüllen

Telefon: _____

Telefax oder E-Mail-Adresse: _____

Kontaktperson: _____

Mitteilung von Gewebeentnahmen bei postmortalen Organspenden gemäß § 35 Abs. 3 AMWHV

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit teilen wir gemäß § 35 Abs. 3 AMWHV folgende Gewebeentnahme mit:

Name des Spenders: _____

Vorname des Spenders: _____

Geschlecht des Spenders: männlich weiblich

Geburtsdatum des Spenders: _____

Bezeichnung der Gewebereinrichtung mit vollständiger Adresse, Telefonnummer, Kontaktperson:

Entnommenes Gewebe

Bulbi/Korneae angenommen abgelehntGefäße angenommen abgelehntHerz zur Herzklappengewinnung angenommen abgelehntmuskuloskelettale Gewebe angenommen abgelehntPankreasinseln angenommen abgelehntandere _____ angenommen abgelehntKennnummer der Gewebereinrichtung für das entnommene Gewebe bzw. Gewebespende:

Entnahmekrankenhaus: _____

Fallidentifikationsnummer des Entnahmekrankenhauses: _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

Meldung SAE/SAR an Koordinierungsstelle



Empfänger

Tel.: 0800 376 7273
 Per Telefax an: +49 (69) 677 328-89998
 oder
 per E-Mail an: dso.sare@dso.de
 Deutsche Stiftung Organtransplantation
 SAE/SAR-Meldung
 Deutschherrnufer 52 | 60594 Frankfurt am Main

Absender bitte vollständig ausfüllen

Telefon: _____

Telefax oder E-Mail-Adresse: _____

Kontaktperson: _____

Meldung schwerwiegender Zwischenfälle (SAE) und/oder einer schwerwiegenden unerwünschten Reaktion (SAR) gemäß § 9 Abs. 2 und § 10 Abs. 4 TPG Organ V sowie § 40 Abs. 3 AMWHV

Art der meldenden Einrichtung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TXB des Entnahmekrankenhauses | <input type="checkbox"/> Arzt der Leichenschau |
| <input type="checkbox"/> Behörde | <input type="checkbox"/> von der DSO beauftragte Dritte (z.B. Labor) |
| <input type="checkbox"/> Transplantationszentrum | <input type="checkbox"/> Eurotransplant |
| <input type="checkbox"/> Gewebeeinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____ | |

Fallidentifikationsnummer des Entnahmekrankenhauses: _____

bei Geweben Identifikations-Nr.: _____

DSO-Kennnummer, falls bekannt: _____

ET-Spendernummer/ET-Empfängernummer, falls bekannt: _____

Transplantationsdatum, falls bekannt: _____

Entnahmedatum, falls bekannt: _____

gemeldet am: _____

Gesprächspartner: _____

Meldungsdetails

Bitte beschreiben Sie hier den schwerwiegenden Zwischenfall und/oder die schwerwiegende unerwünschte Reaktion so genau wie möglich unter Meldung aller sachdienlichen und notwendigen Angaben. **Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie ein weiteres Blatt hinzu.**

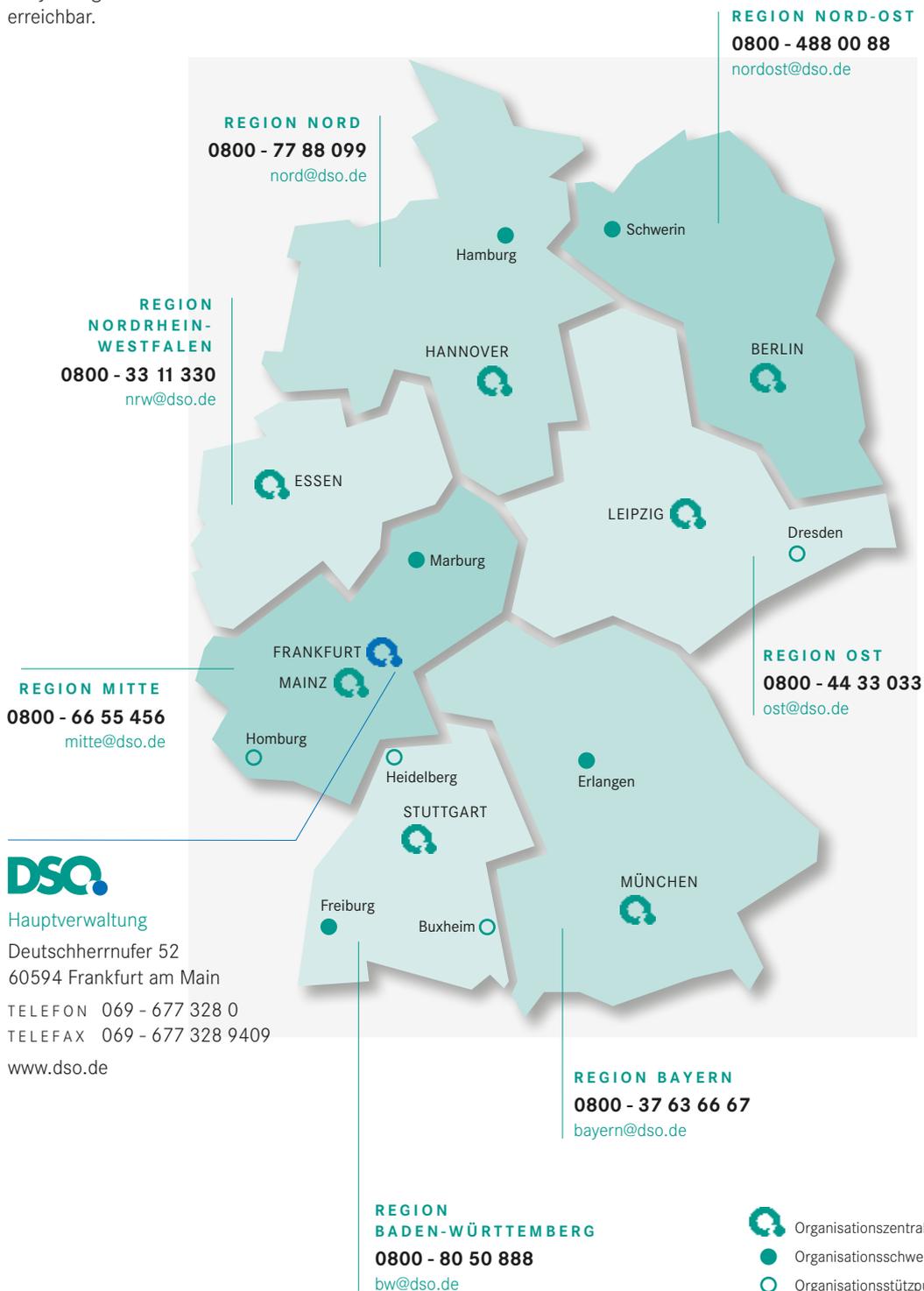
Bitte fügen Sie auch sämtliche relevante Befunde diesem Formular bei!

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

DIE DSO-REGIONEN

Um die Organspende in Deutschland flächendeckend sicherzustellen und schnell in jedem Krankenhaus helfen zu können, hat die DSO sieben Organspenderegionen gebildet.

Die DSO-Regionen sind rund um die Uhr unter der jeweiligen kostenfreien 0800-Nummer erreichbar.



HERAUSGEBER

Deutsche Stiftung Organtransplantation
Deutschherrnufer 52
60594 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 677 328 0
Telefax: +49 69 677328 9409
www.dso.de

GESTALTUNG

wittonDesign | Köln | www.witton-design.de

BILDNACHWEIS

- S. 26: PVC-Anhänger
(Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation)
- S. 26: Silikonbänder
(Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation)
- S. 27: Behälter für den Transport von Organen
(Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation)
- S. 69/70: Musterfotos der organspezifischen Standardperspektiven
(Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation)

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Frankfurt am Main | November 2015
9. Aktualisierung | Juli 2024
M01-Z-FB-95-4

Seite	NEU	ALT
Seite 9	<p>[... zur Organspende bereits] bekannt ist, nachkommt. Die Entnahmekrankenhäuser sind gemäß § 9a Abs. 2 Nr. 3 TPG verpflichtet, sicherzustellen, dass die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus dem TPG in einer Verfahrensanweisung festgelegt und eingehalten werden. Die Entnahmekrankenhäuser sind gemäß § 9a Abs. 2 Nr. 2 TPG verpflichtet, sicherzustellen, dass in ihrem Entnahmekrankenhaus Ärzte oder Transplantationsbeauftragte dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als auskunftsberechtigt benannt werden. Der Transplantationsbeauftragte ist gemäß § 9b Abs. 2 Nr. 3 TPG dafür verantwortlich, die Verfahrensanweisungen nach § 9a Abs. 2 Nr. 3 TPG zu erstellen. [In Zusammenarbeit mit dem ...]</p>	<p>[... zur Organspende bereits] bekannt ist, nachkommt. Die Entnahmekrankenhäuser sind gemäß § 9 a Abs. 2 Nr. 2 TPG verpflichtet, sicherzustellen, dass die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus dem TPG in einer Verfahrensanweisung festgelegt und eingehalten werden. Der Transplantationsbeauftragte ist gemäß § 9 b Abs. 2 Nr. 3 TPG dafür verantwortlich, die Verfahrensanweisungen nach § 9a Abs. 2 Nr. 2 TPG zu erstellen. [In Zusammenarbeit mit dem ...]</p>
Seite 11	<p>[... nicht die Anforderungen des § 4 Abs. 1] und Abs. 2 TPG erfüllen. Das Transplantationsgesetz sieht in § 4 TPG eine gestufte Vorgehensweise vor, wonach zuerst das Organspende-Register abzufragen und zu klären ist, ob dort eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende registriert wurde. Ist die elektronische Abfrage im Organspende-Register durch das Entnahmekrankenhaus ausnahmsweise nicht möglich, bestehen mehrere Möglichkeiten, das Vorhandensein und den Inhalt einer im Organspende-Register hinterlegten Erklärung festzustellen: Zum einen bietet das BfArM bei technischen Problemen im Zugriff auf das Abrufportal 24/7 ein telefonisches Ersatzverfahren zum Abruf der Erklärung an. Dieses Verfahren steht für eine begrenzte Übergangszeit ebenfalls den freigegebenen APK-V zur Verfügung, welche noch nicht abschließend am Abrufportal registriert sind. Die Support-Hotline ist rund um die Uhr erreichbar [Telefon: +49 (30) 2598 4370]. Das Verfahren erfordert die telefonische Kontaktaufnahme durch die abrufberechtigte Person. Eine abrufberechtigte Person muss zur Ausübung des Verfahrens Zugriff auf ihre in der Benennung angegebene E-Mail-Adresse haben. Dabei ist zu beachten, dass eine Auskunft aus dem Register auch mittels Ersatzverfahren ausschließlich an einen Arzt, eine Ärztin oder Transplantationsbeauftragten erteilt werden darf, der von einem Krankenhaus dem BfArM als auskunftsberechtigt benannt wurde (siehe § 2a Absatz 4 TPG). Weitere Informationen zum Ersatzverfahren sind unter dem Menüpunkt „Hilfe“ im Abrufportal des Registers und im geschützten Bereich für Entnahmekrankenhäuser auf der Webseite des BfArM zu finden.</p>	<p>[... nicht die Anforderungen des § 4 Abs. 1] und Abs. 2 TPG erfüllen. Die Entscheidung des Verstorbenen [ist grundsätzlich bindend. ...]</p>

Seite	NEU	ALT
Seite 11 Fortsetzung	<p>Hat die Auskunft aus dem Organspende-Register ergeben, dass der mögliche Spender dort keine Erklärung abgegeben hat und liegt dem Arzt oder der Ärztin weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Spenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung bekannt ist. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme zulässig, wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Entnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat.</p> <p>Die Entscheidung des Verstorbenen [ist grundsätzlich bindend. ...]</p>	
Seite 12 ALT Seite 11	<p>[... Aktualisierung oder einen Widerruf der vorliegenden Verfügung hin,] so ist dies zu berücksichtigen.</p> <p>Für den Fall, dass eine elektronische Abfrage des Organspende-Registers durch das Entnahmekrankenhaus selbst nicht möglich ist und alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten eine Abfrage durchzuführen wie das Ersatzverfahren nicht möglich sind, sind die Angehörigen über eine mögliche Organ- oder Gewebeentnahme und darüber, dass eine Abfrage des Organspende-Registers nicht möglich ist, transparent zu informieren.</p> <p>Wenn kein Hinweis darauf besteht, dass der oder die Verstorbene einen möglicherweise aktuelleren Willen im Organspende-Register dokumentiert hat, der einer Organ- oder Gewebeentnahme entgegenstehen könnte, und liegt der Ärztin oder dem Arzt weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch vor, ist die Entnahme im Einzelfall zulässig, wenn die nächsten Angehörigen befragt worden sind, ob ihnen von dem möglichen Organ- oder Gewebespende eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist und sie über die beabsichtigte Organ- oder Gewebeentnahme informiert wurden.</p> <p>Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme nur zulässig, wenn eine Ärztin oder ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders zu beachten.</p> <p>Sofern in diesen Einzelfällen eine Abfrage beim Organspende-Register nicht möglich ist, sind die Kommunikation mit den Angehörigen zu der nicht erfolgten Abfrage des Organspende-Registers und die nachfolgende Entscheidungsfindung in Bezug auf die Organspende detailliert zu dokumentieren.</p> <p>2. Entscheidung eines Dritten [Wurde die Entscheidung ...]</p>	<p>[... Aktualisierung oder einen Widerruf der vorliegenden Verfügung hin,] so ist dies zu berücksichtigen.</p> <p>2. Entscheidung eines Dritten [Wurde die Entscheidung ...]</p>

Seite		NEU	ALT
Seite 36	Anlage 3	<vollständig ausgetauscht>	
ALT			
Seite 35			

Die genannten Änderungen beziehen sich auf die im März 2024 aktualisierte Version der Verfahrensanweisungen.

www.dso.de