

～ライオンズサポーターの動き～

献眼される方の情報をバンクに連絡
(氏名、年齢、性別、死亡時刻、**死因**、**死亡施設名**)、
摘出予定場所、折り返しの連絡先を確認。

死因などの適応基準を確認、移植禁忌の場合には
ご遺族にその旨を伝え、あきらめて頂くこともある

献眼希望者がお亡くなりになった施設の医師から
「**新型コロナウイルス感染の可能性が無い**」ことを確認

自宅および老人ホーム（看取りが可能な施設等）で看取られた場合においては、COVID-19への感染リスク（不特定の接触、無症状病原体保有者との接触、感染が疑われる者との接触など）が否めないことから、ご提供のご遺志を受け取れないことがある。

○非適応基準等の確認

- 原因不明の死
- 全身性活動性感染症(敗血症など)
- HBs抗原(B型肝炎)、HCV抗体(C型肝炎)、HIV抗体(エイズ)、HTLV-1抗体、などが陽性
- 活動性ウイルス脳炎等(原因不明の脳炎、進行性脳症など)
- 原因不明の中中枢神経系疾患
- 重症急性呼吸器症候群 **(要注意)**
- 眼内悪性腫瘍、白血病、悪性リンパ腫

○角膜の乾燥防止の依頼

眼を閉じ、まぶたの上に濡れたガーゼを置いて頂く。

○摘出場所に出向、

- 連絡された方及びご遺族等に面談。
- 摘出医師をご遺体の場所へ案内

○摘出時のサポート

- (必要な場合は摘出医の指示のもと介助を行う)
- 摘出後、ご遺族に顔貌をご確認いただく
- 摘出医のお見送り(必要書類等確認)

献眼の申し出があったら



ひろしまドナーバンク
082-256-3523

ご連絡を頂くだけで結構です。
確認事項とご依頼内容はご指示いたします。

献眼希望のご遺族

本人の意思表示やご遺族の希望により、
角膜提供の依頼



ひろしまドナーバンク
082-256-3523

禁忌疾患など必要事項の確認後、
摘出医の派遣を要請する。



大学病院及び摘出協力施設へ
献眼の連絡(派遣要請)

摘出医師 出向

- ①眼球(角膜)提供承諾書に署名捺印、
- ②角膜移植に係る適応基準(問診表)で最終確認
- ③死亡診断書(写し)の受領
- ④ご遺体からの採血(8cc)



角膜摘出・採血



大学病院(検査)



角膜のあっせん



角膜移植