

Sendes til:  
**Det Norske Nyrebiopsiregister**  
Ved Else Reimers  
Medisinsk avdeling  
5021 Haukeland Universitetssykehus

Fødselsnummer: .....  
Navn: .....  
Sykehus: .....  
Biopsidato (dd.mm.åå): .....  
Biopsinr (for registeret): .....  
Tidligere nyrebiopsi:  Nei  Ja dato:.....

Alle felt bør forsøkes besvart så godt som mulig med tilgjengelig journalinformasjon.  
Ved manglende utført analyse, skriv minus (-). Ved negativt funn skriv null (0).

### Biopsiteknikk og lokalisering:

**Lokalisering:**  Ultralyd  CT  
**Biopsinål:**  14 G  16 G  
 18 G  Annen/ukjent  
**Utført av:**  Nefrolog  Radiolog  
 Begge  Andre

**Antall biopsi-stikk:** .....

**Utført som:**  Dagpasient  Inneliggende

Nyrestørrelse (cm): Ve:..... Hø:.....

Ekkogenisitet (0-3): Ve:..... Hø:.....

0-1: normal, 2: lett økt, 3: svært økt

**Komplikasjoner:**  Ingen

Kirurgisk intervensjon  Makroskopisk hematuri

Transfusjon

Annet: .....

### Kjent eller mistenkt systemsykdom:

	Kjent	Mistenkt
--	-------	----------

Systemisk lupus erythematosus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Wegeners granulomatose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Henoch Schönleins purpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Polyarteritis nodosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

Annen vaskulitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Malign sykdom, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

Kroniske infeksjoner, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

.....

Akutte infeksjoner, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

.....

Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Rheumatoid artritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

Hepatitt, spesifiser type(r):	B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	----------------------------	--------------------------

	C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	----------------------------	--------------------------

Arvelig nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------

spesifiser:.....

### Kliniske indikasjoner for biopsi (kryss for alle aktuelle):

	< 1mnd	1-12 mnd	1-10 år	>10 år
--	--------	----------	---------	--------

Nefrotisk syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(proteinuri >3 gram per døgn, s-albumin <35 og ødemer)

Akutt nefrittisk syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

(glomerulær hematuri, proteinuri, akutt nyresvikt med eller uten ødem/HT)

Akutt nyresvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
-----------------	--------------------------	--------------------------	--	--

(akutt kreatinin-stigning mer enn 50%)

Kronisk nyresvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(GFR <60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> i minst 3 mndr)

Proteinuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(> 300 mg/døgn)

Mikroalbuminuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hematuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(behandlingskrevende)

### Kliniske/laboratorie data:

Høyde ..... cm Vekt ..... kg

Blodtrykk .... / .... mmHg

Blodtrykksbehandling  ja  nei

S-kreatinin ..... µmol/l

S-albumin ..... g/l

Målt GFR ..... ml/min/1.73m<sup>2</sup>

S-kolesterol ..... mmol/l

### U-stix (ved negativ, skriv 0)

Protein ..... 0-4+ Blod ..... 0-4+

### Urin-protein kvantitering:

Protein/kreat ratio ..... mg/mmol

Albumin/kreat ratio ..... mg/mmol

Protein ..... g/d

Albumin ..... g/d

Monoklonale Ig/lette/tunge kjeder: Urin  Ja  Nei

Serum  Ja  Nei

Hvis ja, spesifiser: .....

ANA  Forhøyet  Grenseverdi  Normal

Anti-GBM  Forhøyet  Grenseverdi  Normal

PR3-ANCA  Forhøyet  Grenseverdi  Normal

MPO-ANCA  Forhøyet  Grenseverdi  Normal

C3 ..... g/l C4 ..... g/l

IgG ..... g/l IgA ..... g/l

IgM ..... g/l

**Antatt diagnose/annen relevant informasjon vedrørende diagnose:**

Rapportert av..... Dato.....