DONORSKJEMA FOR PLANLAGT NYREDONASJON VED RIKSHOSPITALET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Donor ID: navn, fødsels- og personnr.: |  | | |
| Adresse: | | | Telefon: |
| Navn på resipient | | Fødsels/pers.nr: | Relasjon til donor: |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Radiologiske undersøkelser** | **Utf. dato Signatur** | **Resultat** | | | | |
| CT med arteriefase, parenchymfase og ekskresjonsfase.  Dersom ikke ekskresjonsfase er utført må suppleres med iv urografi |  | Bilder innsendes RH | | | | |
| Rtg. thorax |  | Innsendes RH | | | | |
| Ved tidligere abdominal kirurgi legg ved operasjonsbeskrivelse | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Kardiopulmonal utredning** | **Utf. dato Signatur** |  | | | | |
| Spirometri |  | Vitalkapasitet (FVC): | | liter | % av forventet: |  |
|  | FEV1: |  | liter | % av forventet: |  |
|  | FEV1/ FVC: |  |  | Røyker Ja [ ] | Nei [ ] |
| EKG |  | Sendes inn | | | | |
| AKG, evt isotop u.s. med belastning |  | > 40 år | | | | |
|  |  |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fysioterapeut undersøkelse |  | Innsendes RH |
| Sosialmedisinsk us og rapport |  |  |
| -Er arbeids- og hjemmesituasjon kartlagt og nødvendige tiltak gjennomført for å sikre at donor unngår økonomisk tap i forbindelse med donasjon ? ❒ (Sett kryss hvis «ja») Rapport inkl. plan for nødvendig oppfølging sendes RH. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kliniske undersøkelser** | **Utf. dato Signatur** | **Resultat** | | | | |
| Høyde |  |  | cm | | | |
| Vekt |  |  | kg | | | |
| BMI |  |  | Kg/ m2 | Donor < 30 år:  BMI < 30 | Donor > 30 år: | |
| Kvinner < 32 | Menn < 31 |
| Donor som er godkjent med grenseverdi av BMI må holde seg under denne verdien ved innleggelse for at donasjonen skal bli gjennomført. | | | | | | |
| Blodtrykk 1. gang |  |  | | | | |
| Blodtrykk 2. gang |  |  | | | | |
| 24t BT |  | På indikasjon | | | | |
| For givere >60 år godtas ”mild” hypertensjon. BT 140/90 mmHg (ambulatorisk BT < 130/80) med ett blodtrykkssenkende medikament. | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vevstype x 2 | 1. g |  | 2.g |  | Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44 | | |
| Blodtype | |  | ABO | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn  Fødsels- og personnr |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serologi |  | CMV IgG | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | HBs Ag | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | HCV as | | Pos [ ] | | Neg [ ] |
|  |  | EBV IgG | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | HBc as | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | Syfilis | | Pos [ ] | | Neg [ ] |
|  |  | Toxopl. IgG | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | HBs as | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | HIV as | | Pos [ ] | | Neg [ ] |
| Klinisk kjemiske |  | Hb |  | | g/dl | | Hvite | |  | | 10.9/l | | platetall | |  | | 10.9/l | |
| Analyser |  | Hct |  | | % | | SR | |  | | mm | | CRP | |  | | mg/l | |
|  |  | Na |  | | mmol/l | | K | |  | | mmol/l | | urea | |  | | mmol/l | |
|  |  | Kreat |  | | μmol/l | | Alb | |  | | g/l | | urinsyre | |  | | mmol/l | |
|  |  | Kol |  | | mmol/l | | Triglyc | |  | | mmol/l | | AFOS | |  | | U/l | |
|  |  | ASAT |  | | U/l | | ALAT | |  | | U/l | | bilirubin | |  | | mmol/l | |
|  |  | INR |  | |  | | Glukose | |  | | mmol/l | |  | |  | |  | |
| OGTT |  | Fastende plasmaglukose: | | | | | | | | | | | mmol/l | | | | | |
|  |  | 2 timer etter 75 g po. glukose: | | | | | | | | | | | mmol/l | | | | | |
| GFR-målt |  |  | ml/min/1,73m2 | | | | metode: | | | | |  |  | | --- | --- | | Alder, år | GFR (ml/min/1.73m2) | | Under 50 over 90  50 – 69 130 minus alder  Over 70 over 60 | | | | | | | | | |
| **Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for donasjon** (ikke send kopi av alle blodprøvesvar): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Urin mikro | 1. gang |  |  | | | | |
| Urinstiks, mikroalb. | 1. gang |  | Urinstiks: blod, protein, glukose |  | Mikroalbumin- kreatinin-ratio |  | mg/mmol |
| Urin-bakt | 1. gang |  |  | | | | |
| U-mikro | 2. gang |  |  | | | | |
| Urinstiks mikroalb. | 2. gang |  | Urinstiks blod, protein, glukose |  | Mikroalbumin- kreatinin-ratio |  | mg/mmol |
| Urin-bakt. | 2. gang |  |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Ja, donor er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:**  **”Donorregisteret:** ❒ (Sett kryss hvis «ja»)  **2..Giver har lest og forstått «Til deg som har blitt spurt om å gi nyre», spesielt det som angår langtidsrisiko.**  **❒ (Sett kryss hvis «ja»)**  **2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN;**  **Problemer knyttet til medisinsk utredning ?**  **Vurderer du donor som egnet for nyredonasjon ?** | |
| Dato / år | Signatur av lege |
| 1. Donorskjema + B) røntgenbilder, andre vedlegg og C) donorrapport sendes samlet til:   ATx Seksjon for Nyremedisin, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo. | |