

## REGISTRERING AV LEVENDE GIVER

### 1-års skjema etter donasjon

«Skjemaet» fylles ut av nefrologene, sendes til: Transplantasjonskoordinatorene  
Klinikk for spesialisert Medisin og kirurgi  
Avd. for organtransplantasjon,  
fordøyelses- og nyresykdommer  
Rikshospitalet  
Postboks 4950 Nydalen  
0424 Oslo

Identifikasjon:

- Navn
- Fødselsnummer
- Utreddende sykehus/avdeling
- Operasjonsdato

**Sykemeldingsperiode etter donasjon**                      **Antall uker:** .....

Har donasjon påvirket pasientens helsetilstand i negativ retning      Nei                      Ja

Hvis nei: Når følte pasienten seg fullt restituert? .....

Hvis ja : Beskriv: .....

- Vekt .....
- BT .....
- Antihypertensiv behandling                      Nei                      Ja  
Hvis Ja, angi medikament og dose.....

#### Laboratorieverdier:

- Hgb .....
- Kreat .....
- Cystatin C .....
- Kolesterol .....
- Triglycider .....
- HDL .....
- Anti-lipid behandling:                      Nei                      Ja  
Hvis Ja, angi medikament og dose.....
- Proteinuri                      Nei                      Ja                      Mengde; g/24t:
- Microalbuminuri:                      Nei                      Ja

Diabetes Mellitus                      Nei                      Ja                      Dato for debut:  
Type behandling:

Eventuelle **komplikasjoner etter nyredonasjon som har oppstått etter utskrivning fra Rikshospitalet** og fram til 1 års kontroll:

**Sykehusinnleggelser**                      Nei                      Ja  
Hvis ja,      når og årsak .....



Eventuell dødsdato og dødsårsak .....

Konsultasjonsdato .....

Sign:.....