

# REGISTRERING AV LIVING DONORDATA

## 5 –års-kontroll etter donasjon

fylles ut av nefrologene, sendes til:

Koordinerende sykepleier  
Nyremedisinsk avd., Rikshospitalet  
0027 OSLO

EDB- registreres anonymt ved Rikshospitalet.

Identifikasjon:

- Navn
- Fødselsnummer
- Utredende sykehus/avdeling
- Operasjonsdato

### Generell helsetilstand

Har donasjon påvirket pasientens helsetilstand i negativ retning  Nei  Ja

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

Hvis ja : Beskriv: .....

- Vekt .....kg Høyde .....cm
- 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 Totalprot./kreatinin ratio:
- Microalbuminuri:  Nei  Ja Albumin/kreatinin ratio:
- Diabetes  Nei  Ja  
Hvis ja, angi type behandling .....
- Spesifiser diagnostisk metode og sykdomsnivå .....
- .....
- Andre interkurrente sykdommer etter donasjon .....
- Spesifiser .....

- Er donor  I arbeid ( hel/deltid, i utdannelse, hjemmearbeidende)  
 Arbeidsfør (alderspensjonist, arb. ledig, sykmeldt)  
 Selvhjulpen (men ikke arbeidsfør/i arbeid, for eksempel uførepensjonist)  
 Delvis hjelpetrengende  
 Pleietrengende (i institusjon eller hjemme)

- Graviditet  Nei  Ja Antall.....
- Røyker  Nei  Ja  Har sluttet
- Har donasjon hatt negative økonomiske konsekvenser for donor  Nei  Ja  
hvis ja, begrunn og anslå beløp hvis mulig  
.....

- Ville donor valgt å gi nyre igjen under like omstendigheter dersom det hadde vært mulig  
 Nei  Ja

Begrunnelse (dersom nei).....  
.....  
.....

Eventuell dødsdato.....  
Dødsårsak.....

Konsultasjonsdato .....

Sign:.....