

REGISTRERING AV LIVING NYREDONOR

10 -års skjema etter donasjon

fylles ut av nefrologene, sendes til:

Koordinerende sjukepleiar, Nyreseksjonen
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
Avdeling for transplantasjonsmedisin
OUS, Rikshospitalet
Postboks 4950, Nydalen
0424 OSLO

Identifikasjon:

- Navn
- Fødselsnummer
- Utreddende sykehus/avdeling
- Operasjonsdato

Generell helsetilstand

Har donasjon påvirket pasientens **fysiske eller psykiske** helsetilstand Nei Ja

Hvis nei: Når følte pasienten seg fullt restituert?

Hvis ja : Beskriv:

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

Laboratorieverdier:

- Hgb
- Kreat
- Cystatin C
- PTH
- Kolesterol
- Triglycider
- HDL
- LDL
- 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
 Sykdom i urinveier Nei Ja
 Beskriv:

- DVT Nei Ja
- Kardiovaskulær sykdom:
- Pulmonal sykdom:
- Infeksjoner:
- Annet:
- Spesifiser

- Er donor I arbeid (hel/deltid, i utdanning, 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

- Smerter** operasjonsområdet Ingen
 Ubehag
 Smerter uten behov for analgetika
 Smerter som av og til krever analgetika
 Type analgetika:
 Invalidiserende m/behov for daglig analgetika
 Type analgetika:

- 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:.....