

RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:					
Adresse:				Telefon:	
Sentrale data om nyresykdom og pasient					
ICD10:	Diagnose, nyresykdom:			Biopsiverifisert: ja nei	
Nyresviktbehandling	Kreatinin (hvis predialytisk)	$\mu\text{mol/l}$	eGFR	ml/min	HD fra: PD fra:
Kroppsvekt/høyde	Høyde: cm	Vekt: kg	BMI:		
Er det klinisk indikasjon for nefrektomi:			Årsak:		
Navn på eventuell nyredonor		Fødsels/pers.nr:		Relasjon:	
Radiologiske undersøkelser		Utf. dato	Resultat		
		Signatur			
Aorta abd med bekkenkar : CT med kontrast eller MR uten + CT uten kontrast			> 40 år Bilder innsendes RH		
Rtg. thorax			Innsendes RH		
Ultral lyd med resturinmåling			hvis a) > 55 år, b) diabetes, c) vannlatingsproblem		
Rtg.cervical columna ved RA			inkluderer fleksjonsbilde- innsendes RH		
Tidl. kirurgiske komplikasjoner kommenteres i rapporten (ved tidligere abdominal kirurgi legg ved alle operasjonsbeskrivelser)					
Kardiopulmonal utredning		Utf. dato			
		Signatur			
Spirometri			Vitalkapasitet (FVC):	liter	% av forventet:
			FEV1:	liter	% av forventet:
			FEV1/ FVC		
Lungemedisinsk vurdering hvis verdier under 70 % av forventet (vedlegges)					
EKG			Sendes inn		
Myokardscintigrafi / stress-EKKO			> 40 år		
EKKO kardiografi med kardiologisk vurdering			> 40 år EKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges		
Koronarangiografi			ved Diabetes eller kjent hjertesykdom:		
Malignitets screening		Utf. dato	(Nasjonale retningslinjer er minstekrav)		
		Signatur			
Mammografi			50-70 år		
Gynekologisk u.s.					
Prostata u.s.					
Protein Elfo (serum)					
Hemofec			(3 prøver)		
Ved tidligere Ca angi behandling.					

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:											
Serologi	Utf. dato Signatur	CMV IgG	Pos []	Neg []	HBs Ag	Pos []	Neg []	HCV as	Pos []	Neg []	
		EBV IgG	Pos []	Neg []	HBc as	Pos []	Neg []	HCV pcr	Pos []	Neg []	
		Varicella IgG	Pos []	Neg []	HBs as	Pos []	Neg []	TB IGRA	Pos []	Neg []	
		Syfilis	Pos []	Neg []	HIV as	Pos []	Neg []				
CYP3A5			Prøve sendes RH, se protokoll kap. 1.2.5. Svar må ikke foreligge.								
		Fastende plasmaglukose				mmol/l					
		2 timer etter 75 g po. glukose				mmol/l					
		HbA1c	%	C-peptid	nmol/l	(C-peptid kun ved pancreas)					
		Mangel på protein C, S eller Antitrombin:									
		Mutasjon: Leiden eller Protrombin:									
		Ervervet: Lupus antikoagulans:									
Tidligere eller familiær tromboembolisme ?		Ja []		Nei []							
Spontane blødninger familie/ pasient ? :		Ja []		Nei []							
Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx (ikke send kopi av alle blodprøvesvar):											
Tannlege u.s.											
Sosionom u.s.		Rapport vedlegges									
Vevstype x 2	1. g	2.g	Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44								
Blodtype		ABO									
Klinisk vurdering av pasienten utført dato :											
Komorbiditet											
Ischemisk hjertesykdom		ja	nei	Arytmi		ja	nei	Diabetes		ja	nei
Hjertesvikt		ja	nei	Perifer karsykdom		ja	nei	Cancer		ja	nei
Annen hjertesykdom		ja	nei	Gastrointestinal blødning		ja	nei	KOLS		ja	nei
Cerebrovask sykdi inkl TIA		ja	nei	Leversykdom		ja	nei				
1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:											
A: Scandiatransplant:		<input type="checkbox"/>		B: Nefrologiregisteret:		<input type="checkbox"/>		(Sett kryss hvis «ja»)			
2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ? (kliniske, sosiale, egenomsorg)											
Dato / år						Signatur av lege					
A) Resipient skjema + B) røntgenbilder og C) resipientrapport sendes samlet til: Nyreseksjonen, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo.											