

Norsk Nefrologiregister – NY PASIENT / ENDRET BEHANDLING

(evt pregeplate/navnelapp):

Årgang 2009

Fødselsnr.:

SENER: _____

Navn:

Hjemfylke: _____

A: Melding om ny pasient med kronisk nyresvikt: (pas som taper graft er IKKE ny pasient!)

Nyresykdom: EDTA-kode: __ eller forklaring:

Biopsiverifisert: []: JA []: NEI. (NB: Alle JA/NEI forventes besvart!)

Behandlingsstart: Dato: _ _ _ _ _

Første behandling: []: HD/HDF via []:fistel / []:kateter / []:graft []: CAPD/APD

Lab: Kreat: **Hgb:** **Albumin:** (siste før beh.start)

Vekt : (hele kg!) **Høyde :** cm (forlanges, sesjonshøyde godtas)

Tilleggsykdommer/risikofaktorer ved start av behandling :

Diabetes: []: IDDM (=type 1!) []: NIDDM (=type 2!) **Alder ved diabetesdebut:** _ _ år.

Kjent hjerte-kar sykdom (marker enten NEI eller JA for alle punktene, for VVH: metode angis kun ved JA) :

1:Koronarsykdom: []: NEI / []: JA

3:Cerebrovask. sykdom: []: NEI / []: JA

2:VVHypertrofi: []: NEI / []: JA

4:Perifer karsykdom []: NEI / []: JA

[]:Ikke us /Påvist v: []: EKG / []: Ekko

(inkl aorta, nyreart., iliacalkar osv!)

Malign sykdom: organ/type:..... - påvist: mnd _ _ år _ _

Røyking: []: Aktiv røyker []: Tidligere røyker []: Aldri røyker []: Vites ikke

Medikamenter v. RRT-start: BT medik: []:NEI / []: JA – antall: (inkl. diuretika, komb.prep=2)

Statin: []:NEI / []:JA **D-vit.** []:NEI / []:JA **ESA(EPO o.l.):** []:NEI / []:JA

Var pas.: []: **Kjent** pas. (v. avd./nefrolog i minst 4 mndr) []: **Ukjent**, el. kjent < 4 mnd.

Mulig Tx-kandidat: []: NEI []: JA (bedømt ved behandlingsstart - uansett senere utvikling!)

Samtykke til dataregistrering innhentet: []: JA (Nødvendig iflg norsk lov! Registeret trenger bekr.)

B: Melding om endret behandlingsform: (Del A fylles ikke ut ved behandlingsendring!)

(Opplysn. om overflytn til RH for Tx og for tilbakeflytn. fra RH etter Tx m.fung graft trenger ikke meldes)

Overføring mellom sentre: Dato: _ _ _ _ _ **Til / Fra :** Senter:.....

Ny behandlingsform:

[]: HD/HDF Fra dato: _ _ _ _ _ [] **HjemmeHD** Fra dato: _ _ _ _ _

[]: CAPD/APD Fra dato: _ _ _ _ _ [] **Ute av dialyse** fra dato: _ _ _ _ _

Tapt graft: Dato: _ _ _ _ _ (vanligvis samme som ny dialysedato)

Årsak (tekst): Biopsiverif.: []: JA []: NEI

RAPPORTERT AV: **Dato:**.....

Melding om død el. oppgitt uremibehandling gis på eget skjema.

Signert samtykkeerklæring oppbevares **lokalt** – Husk at registeret er samtykkebasert!

Sendes : Dr T.Leivestad, IMMI, Rikshospitalet, 0027 Oslo (helst løpende, minst hver 2. mnd.)