

RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT SOLITÆR PANKREASTRANSPLANTASJON, RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:

Adresse:

Telefon:

Sentrale data om pasient

Kroppsvekt/høyde	Høyde: cm	Vekt: kg	BMI:
------------------	--------------------------------	---	------

Radiologiske undersøkelser	Utf. dato Signatur	Resultat
Aorta abd med bekkenkar: CT med kontrast eller MR uten + CT uten kontrast		> 40 år Bilder og beskrivelse sammen med klinisk vurdering innsendes RH til godkjenning før resterende utredning utføres.
Rtg. thorax		Innsendes RH
Ultralyd med resturinmåling		
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		Vedlegges
EKKO kardiografi m/ kard.vurdering		EKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges
Koronarangiografi		hvis ischemi på stresstest

Malignitets screening		(Nasjonale retningslinjer er minstekrav)
Mammografi		50-70 år
Gynekologisk u.s.		
Prostata u.s.		
Protein Elfo (serum)		
Hemofec		(3 prøver)
Ved tidligere Ca, angi behandling:		

Baseline screening	Utf. dato Signatur	(som utgangspunkt for oppfølging post tx)
GFR		isotopundersøkelse
Øyelege/ Øyebunnsfoto		Notat inkludert beskrivelse av øyebunnsfoto vedlegges
24 t Holtermonitorering		Send inn oppsummering inkl. heart rate variability
BT sittende og stående		Sittende: Stående e 1 min: Stående e 3 min:

Pasient ID: Navn:										
Fødsels- og personnr:										
Serologi	Utf. dato	CMV IgG	Pos []	Neg []	HBs Ag	Pos []	Neg []	HCV as	Pos []	Neg []
	Signatur	EBV IgG	Pos []	Neg []	HBc as	Pos []	Neg []	HCV pcr	Pos []	Neg []
		Varicella IgG	Pos []	Neg []	HBs as	Pos []	Neg []	TB igma	Pos []	Neg []
		Syfilis	Pos []	Neg []	HIV as	Pos []	Neg []	Annet	Pos []	Neg []
CYP3A5		Prøve sendes RH, se protokoll kap. 9.1.2.7. Svar må ikke foreligge.								
Auto As titer		HbA1c	%	C-peptid	nmol/l					
		Anti GAD		MODY	Anti IA2					
		Mangel på protein C, S eller Antitrombin:								
		Mutasjon: Leiden eller Protrombin:								
		Ervervet: Lupus antikoagulans:								
Tidligere eller familær tromboembolisme?		Ja []		Nei []						
Spontane blødninger familie/ pasient?		Ja []		Nei []						
Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx (ikke send kopi av alle blodprøvesvar):										

Vevstype x 2	1. g		2.g		Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44
Blodtype			ABO		
Husk å send prøve til antistofscreening til vevstypelaboratoriet hver 3. mnd så lenge pasienten er påmeldt Scandiatransplant					

Bact us urin x 2				
Albumin/ kreatinin ratio x 3				
Tannlege u.s.				
Psyk.som vurdering		Hvordan påvirker diabetes pasienten (se protokoll kap 1.1.2.)		
Sosionom u.s.		Rapport vedlegges		

Klinisk vurdering av pasienten utført dato:
--

Komorbiditet								
Ischemisk hjertesykdom	ja	nei	Arytmi	ja	nei	Cancer	ja	nei
Hjertesvikt	ja	nei	Perifer karsykdom	ja	nei	KOLS	ja	nei
Annen hjertesykdom	ja	nei	Gastrointestinal blødning	ja	nei			
Cerebrovask sykd inkl TIA	ja	nei	Lever sykdom	ja	nei			

1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:	
A: Scandiatransplant: <input type="checkbox"/>	B: Norsk Nyreregister: <input type="checkbox"/> (Sett kryss hvis «ja»)
Det er etablert kontakt mellom endokrinologisk og nefrologisk avd. vedr oppfølging i ventetida og rutiner for innkalling til transplantasjon: <input type="checkbox"/>	
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.	