

**Det Norske Nyrebiopsiregister**

Sendes til:

Dr. Bjarne M Iversen

Medisinsk avdeling

5021 Haukeland Universitetssykehus

Fødselsnummer: .....

Navn: .....

Sykehus: .....

Biopsidato (dd.mm.åå): .....

Biopsinr (for registeret): .....

Tidligere nyrebiopsi:  Nei  Ja dato:.....**Biopsiteknikk og lokalisering:**

**Lokalisering:**  Ultralyd  CT  
**Biopsinål:**  14 G  16 G  
 18 G  Annen/ukjent  
**Utført av:**  Nefrolog  Radiolog  
 Begge  Andre

**Antall biopsi-stikk:** .....**Utført som:**  Dagpasient  Inneliggende

Nyrestørrelse (cm): Ve:..... Hø:.....

Ekkogenisitet (0-3): Ve:..... Hø:.....

0-1: normal, 2: lett økt, 3: svært økt

**Komplikasjoner:**  Ingen Kirurgisk intervensjon  Makroskopisk hematuri Transfusjon  Annet:**Kjent eller mistenkt systemsykdom:**

	Kjent	Mistenkt
Systemisk lupus erythematosus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegeners granulomatose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henoch Schönleins purpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarteritis nodosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen vaskulitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malign sykdom, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroniske infeksjoner, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Akutte infeksjoner, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoid artritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitt, spesifiser type(r):	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom i slekten, spesifiser:.....		

**Er andre organ/vev biopsert i denne utredningen?** Nei  Ja spesifiser:**Presentasjonsmåte ved biopsitidspunktet:**

	< 1mnd	1-12 mnd	1-10 år	>10 år
Proteinuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroalbuminuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutt GN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig progr GN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrotisk syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrittisk syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutt nyresvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk nyresvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har pasienten de siste 2 mnd. brukt følgende medikamenter:**

	<1 uke	>1 uke	Bruker	Starter nå
Steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyklosporin A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSAID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alfa-blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta-blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ca-blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACE hemmer/				
AT1 blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldosteron blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kliniske/laboratorie data:**

Høyde	.....	cm	Vekt	.....	kg
Blodtrykk	.../....	mmHg			
S-kreatinin	.....	µmol/l			
S-albumin	.....	g/l	S-protein	.....	g/l
Estimert GFR	.....	ml/min/1.73m <sup>2</sup>			
Målt GFR	.....	ml/min/1.73m <sup>2</sup>			
S-kolesterol	.....	mmol/l			
S-LDL kolesterol	.....	mmol/l			
S-HDL kolesterol	.....	mmol/l			
S-triglycerid	.....	mmol/l			

**U-stix**

Protein ..... 0-4+ Blod ..... 0-4+

**Urinkvantitering (foretrekker g/d foran mg/mmol foran g/l)**

Protein	.....	g/l	.....	g/d
Albumin	.....	g/l	.....	g/d
Prot/kreat ratio	.....	mg/mmol		
Alb/kreat ratio	.....	mg/mmol		

Lette kjeder/monoklonalt Ig i urinen  Ja  Nei

Hvis ja, spesifiser:

ANA	.....	Titer/desimaler	AST	.....	Titer
Anti-GBM	.....	Titer	C3	.....	g/l
C4	.....	g/l	IgG	.....	g/l
IgA	.....	g/l	IgM	.....	g/l
P-ANCA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		C-ANCA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

**Utskrivningsdiagnoser (tekst og ICD):**

- .....
- .....
- .....
- .....

Rapportert av..... Dato.....