

RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:			
Adresse:			
Telefon:			
PRØVE	Rekv. dato Signatur	Utf. dato Signatur	RESULTAT
Aortagrafi el MR m.bekkenkar >40år +tombilde CT aorta			Innsendes RH (med skjema + resipientrapport)
Rtg. thorax			Innsendes RH
Ultralyd med resturinmåling			Hvis a) >55 år, b) diabetes eller c) vannlatingsproblem
(Rtg.cerv.columna)			Ved RA, inkluderer fleksjonsbilde- innsendes RH
Gastroskopi			
Spirometri			Vitalkapasitet (FVC) liter forventet: % FEV1: % pO2: kPa O2-metn: %
EKG + AKG > 40 år			Koronar angiografi ved diabetisk nyresykdom
			Komm?:
Mammografi >50 år			
Gynekologisk u.s.			
Prostata u.s.>50 år			
Tannlege u.s.			
Sosionom u.s.			
Fysioterapeut u.s.			

Navn på eventuell nyredonor	Fødsels/pers.nr	Adresse	Slektskap

SENTRALE DATA OM NYRESYKDOM OG PASIENT			
Diagnose, nyresykdom:	ICD10:	Biopsi ± når evt.	
Hvis cystenyresykdom, størrelse/plass klinisk:		Evt CT innsendes:	
Mener du det er indikasjon for nefrektomi:		Kommentar:	
Nyresviktbehandling	HD-fra:	CAPD:	Predial: kreat? µm/l
Kroppsvekt/høyde	Høyde: cm	Vekt: kg	BMI (mål < 30):
Problemer og kommentarer, av særlig interesse			
<ul style="list-style-type: none"> Kliniske? Sosiale? Compliance, selvomsorg? 			

PRØVE	Rekv. dato Signatur	Utf. dato Signatur	RESULTAT					
Klinisk kjemiske analyser			Hb	g/dl	Hvite	10.9/l	Plater	10.9/l
			Diff.		CRP	mg/l	Alb	g/l
			PTH	pmol/l	Kol	mmol/l	Protelfo:	
C-peptid kun ved diabetes			Fastende blodglukose			mmol/l (fullblod/plasma-stryk)		
			2 timer etter 75 g po. glukose			mmol/l		
			C-peptid	mmol/l	HbA1c	%		
			ASAT	U/l	ALAT	U/l	GGT	U/l
			AFOS	U/l	LDH	U/l	Bilir.:	mmol/l
Serologi			CMV IgG		HBs Ag	HBc/s as		
			HCVas (PCR)		HIV as	Varicella IgG		
			Lues		EBV IgG	Toxopl. IgG		
			ANA		ANCA	Annet		
Trombo- embolisme disponert?			Ved tidligere trombose alder >40år, p-pillebruk, diabetes, aterosklerose	Mangel på protein C, S el. Antitrombin:				
				Mutasjon: Leiden el. Protrrombin:				
				Ervervet: Lupus antikoagulans:				
Vevstype	1. gang		Sendes vevstypelaboratoriet Rikshospitalet etter avtale, tlf.: 23 07 13 44					
Vevstype	2. gang		Det er ikke nødvendig å skrive prøvesvar i dette skjemaet.					
Blodtype			ABO	Rhesus				
U-mikro	1. gang							
U-bakt	1. gang							
U-mikro	2. gang							
U-bakt	2. gang							
Hemofec	3 prøver							

A) Resipient skjema + B) røntgenbilder og C) resipient rapport sendes helt samlet til:
Nyreseksjonen, medisinsk avdeling, Rikshospitalet, 0027 Oslo.

1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:

A: Scandiatransplant: **B: Nefrologiregisteret:** (Sett kryss hvis «ja»)

2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?

Dato / år

Signatur av lege