

RESIPIENTSKJEMA BARN <18 år
PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.	
Adresse:	Telefon:

Sentrale data om nyresykdom og pasient			
ICD10:	Diagnose, nyresykdom:	Biopsiverifisert: Ja [] Nei []	
Hvis predialytisk, 3 siste kreatinin/ eGFR (min 1 mnd mellom)	Dato:	Dato:	Dato:
	Kreat: µmol/l	Kreat: µmol/l	Kreat: µmol/l
	eGFR:	eGFR:	eGFR:
Nyreerstattende behandling	HD fra:	PD fra:	
Kroppsvekt/ høyde	Høyde cm	Vekt kg	BMI
Er det klinisk indikasjon for nefrectomi:	Årsak:		

Navn på evt nyredonor:	Fødselsdato:	Relasjon til resipient

Radiologiske undersøkelser	Utf.dato	Resultat, stikkordsmessig, utdypes i henvisning
Rtg. Thorax ved mistanke om lungehypoplasi eller annet		
Ultralyd med resturinmåling hvis Uretraklaffer eller annen form for CAKUT der blæren kan være avgjørende		
Tidl. kirurgiske komplikasjoner kommenteres i rapporten (ved tidligere abdominal kirurgi legg ved alle operasjonsbeskrivelser)		

Kardiopulmonal utredning på indikasjon	Utf.dato	Resultat, stikkordsmessig, utdypes i henvisning
Spirometri Ved mistanke om nedsatt lungefunksjon		Vitalkapasitet (FVC): liter % av forventet:
		FEV1: liter % av forventet:
		FEV1/ FVC %
EKKO cor med kard.vurdering ved medfødt hjertesykdom eller vanskelig hypertensjon. (vedlegges)		

Annet av betydning	Utf.dato	
Behandling med Rituximab (årsak?)		
Relevante genetiske undersøkelser		
Kolonisering med ESBL		
VRE		
MRSA		
Behov for PEG		

Vaksinasjoner	Utf.dato		Utf.dato		Utf.dato
BCG		Hepatitt B		DTP-IPV-Hib	
MMR		Varicella		Annet	

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.

Serologi	Utf. dato	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 []	TBb igra	Pos []	Neg []
		Syfilis	Pos []	Neg []	HIV as	Pos []	Neg []		Pos []	Neg []

CYP3A5 Prøve sendes RH, se protokoll kap 1.3.6. Svar må ikke foreligge

Ved vaskulitt Anti GBM: ANA ANCA

Ved mistanke om koagulopati
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 (vedlegges)

Sosionom (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, vektning i parantes (se for øvrig veiledning i protokollen kap 2.1.4)

Medfødt hjertesykdom Ja [] Nei [] Leversykdom Ja [] Nei [] Diabetes Ja [] Nei []

Nevrologisk sykdom Ja [] Nei [] Syndrom Ja [] Nei [] Cancer Ja [] Nei []

Residiv risiko Ja [] Nei [] Ja [] Nei [] Ja [] Nei []

1. **Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:**
Scandiatransplant og Norsk Nyreregister: (Signert samtykke sendes Norsk Nyreregister)

2. **Kommentarer til utredningen, egnethet for transplantasjon** (kliniske, sosiale, egenomsorg):

Dato / år Signatur av lege

Henvising, resipientskjema, røntgenbilder og øvrige vedlegg sendes samlet til: Avdeling for barnemedisin og transplantasjon, Barne- og ungdomsklinikken, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo