

## DONORSKJEMA FOR PLANLAGT NYREDONASJON VED RIKSHOSPITALET

Donor ID: navn, fødsels- og personnr:				
Adresse:		Telefon:		
Navn på resipient	Fødsels/ person nr:	Relasjon til donator:		
<b>Radiologiske undersøkelser</b>	<b>Utf.dato</b>	<b>Resultat</b> , stikkordsmessig, utdypes i henvisning		
CT med arterie-, parenchym- og ekskresjonsfase. Dersom ekskresjonsfase ikke er utført, suppler med iv urografi (sendes inn)				
Rtg. Thorax (sendes inn)				
Ved tidligere abdominal kirurgi legg ved operasjonsbeskrivelse				
<b>Kardiopulmonal utredning</b>	<b>Utf.dato</b>	<b>Resultat</b> , stikkordsmessig, utdypes i henvisning		
Spiometri (vedlegges)		Vitalkapasitet (FVC):	liter      % av forventet:	
		FEV1:	liter      % av forventet:	
		FEV1/FVC:	%	
Røyker		Ja <input type="checkbox"/>	Tidligere <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
EKG (vedlegges)				
AKG, evt isotop u.s. med belastning > 40 år (vedlegges)				
EKKO cor (vedlegges)				
Fysioterapeut vurdering (vedlegges)				
Sosialmedisinsk kartlegging				
Er arbeids- og hjemmesituasjon kartlagt og nødvendige tiltak gjennomført for å sikre at donator unngår økonomisk tap i forbindelse med donasjon? <input type="checkbox"/> (Sett kryss hvis «ja») Rapport inkl. plan for nødvendig oppfølging vedlegges				
<b>Malignitetsscreening</b> (nasjonale retningslinjer minstekrav)	<b>Utf.dato</b>	<b>Resultat</b> , stikkordsmessig, utdypes i henvisning		
Mammografi (50-69 år)				
Livmorhals u.s. (25-69 år)				
Prostata u.s.				
<b>Kliniske undersøkelser</b>	<b>Utf.dato</b>	<b>Resultat</b> , stikkordsmessig, utdypes i henvisning		
Høyde/ vekt		Høyde      cm	Vekt      kg	
BMI		kg/m <sup>2</sup> Donor < 30 år: BMI < 30	Donor > 30 år: Kvinner < 32/ menn < 31	
Donator som er godkjent med grenseverdi av BMI må holde seg under denne verdien ved innleggelse for at donasjonen skal bli gjennomført				
Blodtrykk 1. konsultasjon				
Blodtrykk 2. konsultasjon				
24t BT på indikasjon (Vedlegges)				
For givere >60 år godtas "mild" hypertensjon. BT 140/90 mmHg (ambulatorisk BT < 130/80) med ett blodtrykkssenkende medikament.				

Donor ID: navn, fødsels- og personnr:

	Utf.dato									
Serologi		CMV IgG	Pos [ ]	Neg [ ]	HBs ag	Pos [ ]	Neg [ ]	HCV as	Pos [ ]	Neg [ ]
		EBV IgG	Pos [ ]	Neg [ ]	HBc as	Pos [ ]	Neg [ ]	Syfilis	Pos [ ]	Neg [ ]
		Toxopl. IgG	Pos [ ]	Neg [ ]	HBs as	Pos [ ]	Neg [ ]	HIV as	Pos [ ]	Neg [ ]
Klinisk kjemiske analyser		Hb	g/dl	LPK	10.9/l	TPK	10.9/l			
		GT	%	SR	mm	CRP	mg/l			
		Na	mmol/l	K	mmol/l	Urea	mmol/l			
		Kreat	µmol/l	Alb	g/l	Urinsyre	mmol/l			
		Kol	mmol/l	LDL	mmol/l	ALP	U/l			
		ASAT	U/l	ALAT	U/l	Bilirubin	mmol/l			
		INR		Glukose	mmol/l	Amylase	mmol/l			
OGTT		Fastende plasmaglukose: mmol/l			2 timer etter 75g po. Glukose: mmol/l					
GFR-målt		ml/min/1,73m <sup>2</sup>		Metode:		<b>Alder</b> (år)	<b>GFR</b> (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )			
	Under 50:					over 90				
	50-60:					130 minus alder				
	over 60:					over 70				
Vevstype x 2		1.g:	2.g:	Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44						
Blodtype		ABO:								
Urin mikro	1.gang									
	2.gang									
Urin stix, mikroalb.	1.gang	blod, protein, glukose			Mikroalbumin-kreatinin-ratio			mg/mmol		
	2.gang	blod, protein, glukose			Mikroalbumin-kreatinin-ratio			mg/mmol		
Urin bakt	1.gang									
	2.gang									

1. Donor er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i

Norsk levende giver-register:  (Sett kryss hvis «ja») Signert samtykke sendes inn sammen med utredningen

2. Donor har lest og forstått

«Til deg som har blitt spurt om å gi nyre», spesielt det som angår langtidsrisiko:  (Sett kryss hvis «ja»)

Kommentarer til utredningen:

Problemer knyttet til medisinsk utredning ?

Vurderer du donor som egnet for nyredonasjon ?

Henviing, donorskjema, røntgenbilder og øvrige vedlegg sendes samlet til: Seksjon for Nyremedisin, Avdeling for transplantasjonsmedisin, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo.