

RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT NYRE-PANKREAS TRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:					
Adresse:			Telefon:		
Sentrale data om nyresykdom og pasient					
ICD10:	Diagnose, nyresykdom:			Biopsiverifisert: ja nei	
Nyresviktbehandling	Kreatinin (hvis predialytisk)	$\mu\text{mol/l}$	eGFR	ml/min	HD fra: PD fra:
Kroppsvekt/høyde	Høyde:	cm	Vekt:	kg	BMI:
Er det klinisk indikasjon for nefrektomi:			Årsak:		
Radiologiske undersøkelser		Utf. dato Signatur	Resultat		
Aorta abd. med bekkenkar: CT med kontrast eller MR uten + CT uten kontrast			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 med kardiologisk vurdering			EKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges		
Koronarangiografi					
24 timer Holtermonitorering			Send inn oppsummering inkl. heart rate variability		
BT sittende og stående			Sittende:	Stående e 1 min:	Stående e 3 min:
Malignitets screening		Utf. dato Signatur	(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.					

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 Igra	Pos []	Neg []
		Syfilis	Pos []	Neg []	HIV as	Pos []	Neg []	Annet	Pos []	Neg []
CYP3A5		Prøve sendes RH, se protokoll kap. 1.2.5. 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 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):										

Bact us urin x 2				
Albumin/ kreatinin ratio x 3				
Øyelegevurdering/ Øyebunnsfoto		Notat inkludert beskrivelse av øyebunnsfoto vedlegges		
Tannlege u.s.				
Sosionom u.s.		Rapport 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										
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: **B: Norsk Nyreregisteret:** (Sett kryss hvis «ja»)

2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?
(kliniske, sosiale, egenomsorg)

Dato / år Signatur av lege

Resipienteskjema + B) røntgenbilder og C) resipientrapport sendes samlet til:
Nyreseksjonen, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo.