

Sendes til:  
**Det Norske Nyrebiopsiregister**  
Ved Else Reimers  
Medisinsk avdeling  
5021 Haukeland Universitetssykehus

Fødselsnummer: .....  
Navn: .....  
Sykehus: .....  
Biopsidato (dd.mm.åå): .....  
Biopsinr (for registeret): .....  
Tidligere nyrebiopsi:  Nei  Ja dato:.....

Alle felt bør forsøkes besvart så godt som mulig med tilgjengelig journalinformasjon.  
Ved manglende utført analyse, skriv minus (-). Ved negativt funn skriv null (0).

### 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"/>
Hepatitt, spesifiser type(r):	B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvelig nyresykdom spesifiser:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kliniske indikasjoner for biopsi (kryss for alle aktuelle):

	< 1mnd	1-12 mnd	1-10 år	>10 år
Nefrotisk syndrom (proteinuri >3 gram per døgn, s-albumin <35 og ødemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutt nefrittisk syndrom (glomerulær hematuri, proteinuri, akutt nyresvikt med eller uten ødem/HT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Akutt nyresvikt (akutt kreatinin-stigning mer enn 50%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kronisk nyresvikt (GFR <60 ml/min/1,73m <sup>2</sup> i minst 3 mndr)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteinuri (> 300 mg/døgn)	<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"/>
Hypertensjon (behandlingskrevende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kliniske/laboratorie data:

Høyde ..... cm Vekt ..... kg  
Blodtrykk .... / .... mmHg  
Blodtrykksbehandling  ja  nei  
S-kreatinin ..... µmol/l  
S-albumin ..... g/l  
Målt GFR ..... ml/min/1.73m<sup>2</sup>  
S-kolesterol ..... mmol/l

### U-stix (ved negativ, skriv 0)

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

### Urin-protein kvantitering:

Protein/kreat ratio ..... mg/mmol  
Albumin/kreat ratio ..... mg/mmol  
Protein ..... g/d  
Albumin ..... g/d

Monoklonale Ig/lette/tunge kjeder: Urin  Ja  Nei  
Serum  Ja  Nei

Hvis ja, spesifiser: .....

ANA  Forhøyet  Grenseverdi  Normal  
Anti-GBM  Forhøyet  Grenseverdi  Normal  
PR3-ANCA  Forhøyet  Grenseverdi  Normal  
MPO-ANCA  Forhøyet  Grenseverdi  Normal  
C3 ..... g/l C4 ..... g/l  
IgG ..... g/l IgA ..... g/l  
IgM ..... g/l

### Antatt diagnose/annen relevant informasjon vedrørende diagnose:

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