

Norsk Nyreregister – COVID-19

Fødselsnr.:

Navn:

Senter:

COVID-19 symptomer, dato: _____

Positiv COVID-test, dato: _____ PCR: [] Hurtigtest (antigen): []

Vaksinert før COVID? Antall doser: _____, eller NEI: []

Mykofenolat? Redusert: [] Seponert: [] Ingen endring: []

Terapeutiske antistoffer? JA: [] NEI: []

Dato innlagt sykehus: _____

Dato innlagt intensivavdeling: _____

Dato utskreven fra sykehus: _____

Dødsdato (hvis COVID relatert): _____

Utfyller: _____