

# RESIPIENTSKJEMA BARN VED PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:			
Adresse:		Telefon:	
<b>Sentrale data om nyresykdom og pasient</b>			
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:	
Navn på eventuell nyredonor		Fødsels/pers.nr:	Relasjon:
<b>Radiologiske undersøkelser</b>			
	Utf. dato Signatur	Resultat	
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)			
<b>Kardiopulmonal utredning</b>			
<b>Kun på indikasjon</b>		Utf. dato Signatur	
Spirometri		Vitalkapasitet (FVC): liter	% av forventet:
Ved mistanke om nedsatt lungefunksjon		FEV1: liter	% av forventet:
		FEV1/ FVC	
EKKO kardiografi med kardiologisk vurdering		Ved medfødt hjertesykdom eller vanskelig hypertensjon EKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges	
<b>Vaksinasjoner</b>			
	Dato	Dato	
BCG		Hepatitt B	
DTP-IPV-Hib		Varicella	
MMR		Annet	
<b>Annet av betydning</b>			
	Utf. dato Signatur		
Behandling med Rituximab Årsak?			
Relevante genetiske undersøkelser			
Kolonisering med ESBL VRE MRSA			
Behov for PEG			

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:		Telefon:						
Adresse:								
Blodprøver	Utf. dato Signatur	Resultat						
Serologi		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 [ ]	Annet	Pos [ ] Neg [ ]	
		Syfilis	Pos [ ] Neg [ ]	HIV as	Pos [ ] Neg [ ]			
CYP3A5			Prøve sendes RH, se protokoll kap. 1.2.5. Svar må ikke foreligge.					
Ved vaskulitter		Anti-GBM	ANA	ANCA				
Ved mistanke om koagulopati		<b>Mangel</b> på protein C, S eller Antitrombin:						
		<b>Mutasjon:</b> Leiden eller Protrombin:						
		<b>Ervervet:</b> Lupus antikoagulans:						
Tidligere eller familiær tromboembolisme ?		Ja [ ] Nei [ ]						
Spontane blødninger familie/ pasient ? :		Ja [ ] Nei [ ]						
<b>Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx</b> (ikke send kopi av alle blodprøvesvar):								
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	Ved behov: antiA IgG/IgM:			AntiB IgG/IgM:		
<b>Klinisk vurdering av pasienten utført dato</b> :								
<b>Komorbiditet</b>								
Medfødt hjertesykdom	ja	nei	Lever sykdom	ja	nei	Diabetes	ja	nei
Nevrologisk sykdom	ja	nei	Syndrom	ja	nei		ja	nei
Residiv risiko	ja	nei		ja	nei		ja	nei
<b>1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:</b>								
<b>A: Scandiatransplant:</b>		<input type="checkbox"/>		<b>B: Nefrologiregisteret:</b>		<input type="checkbox"/> (Sett kryss hvis «ja»)		
<b>2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?</b> (kliniske, sosiale, egenomsorg)								
Dato/år		Signatur av lege						
A) Resipienteskjema + B) røntgenbilder og C) resipientrapport sendes samlet til: Nyreseksjonen, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo.								