

# BARNERESIPIENTSKJEMA(<16år) FOR PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID:	
Navn, fødsels- og personnr.:	Telefon:
Adresse:	

Navn på eventuell nyredonor	Fødsels/pers.nr	Adresse	Slektskap

SENTRALE DATA OM NYRESYKDOM OG PASIENT			
Diagnose, nyresykdom:	ICD10:	Biopsi ± evt. når	
Hvis cystenyresykdom, størrelse/plass klinisk:			
Mener du det er indikasjon for nefrektomi:	Kommentar:		
Nyresviktbehandling	HD-fra:	CAPD:	Predial: kreat? <span style="float: right;">µm/l</span>
Kroppsvekt/høyde	Høyde: <span style="float: right;">cm</span>	Vekt: <span style="float: right;">kg</span>	
Problemer og kommentarer av særlig interesse? Kliniske? Sosiale? Compliance, selvomsorg?			

PRØVE	Rekv. dato Signatur	Utf. dato Signatur	RESULTAT				
Klinisk kjemiske analyser			Hb <span style="float: right;">g/dl</span>	Hvite <span style="float: right;">10.9/l</span>	Plater <span style="float: right;">10.9/l</span>		
			Diff.	CRP <span style="float: right;">mg/l</span>	Alb <span style="float: right;">g/l</span>		
			PTH <span style="float: right;">pmol/l</span>	Kol <span style="float: right;">mmol/l</span>	HbA1c		
			ASAT <span style="float: right;">U/l</span>	ALAT <span style="float: right;">U/l</span>	GGT <span style="float: right;">U/l</span>		
			AFOS <span style="float: right;">U/l</span>	LDH <span style="float: right;">U/l</span>	Bilir.: <span style="float: right;">mmol/l</span>		
Serologi			CMV IgG	HBs Ag	HBc/s as		
HCVas (PCR)			HIV as	Varicella IgG			
			EBV IgG	Toxopl. IgG			
ANA			ANCA	Annet			
Ultralyd med resturin- måling			Bør alltid være utført ved nyresvikt grunnet uretraklaffer/refluxnefropati				

PRØVE	Rekv. dato Signatur	Utf. dato Signatur	RESULTAT	
Evt. Trombo-embolisme i familien?			<b>Mangel</b> på protein C, S el. Antitrombin:	
			<b>Mutasjon:</b> Leiden el. Protrombin:	
			<b>Ervervet:</b> Lupus antikoagulans:	
Vevstype	1. gang		Sendes IMMI, Rikshospitalet etter avtale, tlf. 23 07 13 44	
Vevstype	2. gang			
Blodtype	ABO			
U-mikro				
U-bakt				
Vaksinasjonsstatus			Dato	Dato
		BCG		Hib
		DTP		MMR
		Polio		Pneumokokk
		Hepatitt B		Varicella
		Annet		
<p>A) Henvisningsskriv + B) Evt. røntgenbilder og C) Resipient skjema sendes samlet til:</p> <p style="text-align: center;"><b>Nyreseksjonen, Barneklubben, Rikshospitalet, 0027 Oslo</b></p>				
<p><b>1. Foresatte er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:</b></p> <p><b>A: Scandiatransplant:</b> <input type="radio"/></p> <p><b>B: Nefrologiregisteret:</b> <input type="radio"/> (Sett kryss hvis «ja»)</p> <p><b>2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?</b></p>				
Dato / år		Signatur av lege		