

DONORSKJEMA FOR PLANLAGT NYREDONASJON VED RIKSHOSPITALET

Donor ID: navn, fødsels- og personnr.:		
Adresse:	Telefon:	
Navn på resipient	Fødsels/pers.nr:	Relasjon til donor:

Radiologiske undersøkelser	Utf. dato Signatur	Resultat
CT med arteriefase, parenchymfase og ekskresjonsfase. <small>Dersom ikke ekskresjonsfase er utført må suppleres med iv urografi</small>		Bilder innsendes RH
Rtg. thorax		Innsendes RH
Ved tidligere abdominal kirurgi legg ved operasjonsbeskrivelse		

Kardiopulmonal utredning	Utf. dato Signatur	
Spirometri		Vitalkapasitet (FVC): liter % av forventet:
		FEV1: liter % av forventet:
		FEV1/ FVC: Røyker Ja [] Nei []
EKG		Sendes inn
AKG, evt isotop u.s. med belastning		> 40 år

Fysioterapeut undersøkelse		Innsendes RH
Sosialmedisinsk us og rapport		
-Er arbeids- og hjemmesituasjon kartlagt og nødvendige tiltak gjennomført for å sikre at donor unngår økonomisk tap i forbindelse med donasjon ? <input type="checkbox"/> (Sett kryss hvis «ja») Rapport inkl. plan for nødvendig oppfølging sendes RH.		

Kliniske undersøkelser	Utf. dato Signatur	Resultat		
Høyde		cm		
Vekt		kg		
BMI		Kg/ m ²		
		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><u>Donor < 30 år:</u> BMI < 30</td> <td style="border: none;"><u>Donor > 30 år:</u> Kvinner < 32 Menn < 31</td> </tr> </table>	<u>Donor < 30 år:</u> BMI < 30	<u>Donor > 30 år:</u> Kvinner < 32 Menn < 31
<u>Donor < 30 år:</u> BMI < 30	<u>Donor > 30 år:</u> Kvinner < 32 Menn < 31			
Donor som er godkjent med grenseverdi av BMI må holde seg under denne verdien ved innleggelse for at donasjonen skal bli gjennomført.				
Blodtrykk 1. gang				
Blodtrykk 2. gang				
24t BT		På indikasjon		
For givere >60 år godtas "mild" hypertensjon. BT 140/90 mmHg (ambulatorisk BT < 130/80) med ett blodtrykkssenkende medikament.				

Vevstype x 2	1. g		2.g	Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44
Blodtype		ABO		

Navn										
Fødsels- og personnr										
Serologi	CMV IgG	Pos []	Neg []	HBs Ag	Pos []	Neg []	HCV as	Pos []	Neg []	
	EBV IgG	Pos []	Neg []	HBc as	Pos []	Neg []	Syfilis	Pos []	Neg []	
	Toxopl. IgG	Pos []	Neg []	HBs as	Pos []	Neg []	HIV as	Pos []	Neg []	
Klinisk kjemiske Analyser	Hb		g/dl	Hvite		10.9/l	platetall		10.9/l	
	Hct		%	SR		mm	CRP		mg/l	
	Na		mmol/l	K		mmol/l	urea		mmol/l	
	Kreat		µmol/l	Alb		g/l	urinsyre		mmol/l	
	Kol		mmol/l	Triglyc		mmol/l	AFOS		U/l	
	ASAT		U/l	ALAT		U/l	bilirubin		mmol/l	
	INR			Glukose		mmol/l				
OGTT	Fastende plasmaglukose:						mmol/l			
	2 timer etter 75 g po. glukose:						mmol/l			
GFR-målt			ml/min/1,73m ²	metode:			Alder, år	GFR (ml/min/1.73m ²)		
							Under 50	over 90		
							50 – 69	130 minus alder		
							Over 70	over 60		
Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for donasjon (ikke send kopi av alle blodprøvesvar):										

Urin mikro	1. gang									
Urinstiks, mikroalb.	1. gang		Urinstiks: blod, protein, glukose		Mikroalbumin-kreatinin-ratio				mg/mmol	
Urin-bakt	1. gang									
U-mikro	2. gang									
Urinstiks mikroalb.	2. gang		Urinstiks blod, protein, glukose		Mikroalbumin-kreatinin-ratio				mg/mmol	
Urin-bakt.	2. gang									

1. Ja, donor er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:

”Donorregisteret: (Sett kryss hvis «ja»)

2..Giver har lest og forstått «Til deg som har blitt spurt om å gi nyre», spesielt det som angår langtidsrisiko.

(Sett kryss hvis «ja»)

2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN;

Problemer knyttet til medisinsk utredning ?

Vurderer du donor som egnet for nyredonasjon ?

Dato / år _____ Signatur av lege _____

A) Donorskjema + B) røntgenbilder, andre vedlegg og C) donorrapport sendes samlet til:
ATx Seksjon for Nyremedisin, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo.