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.Dersom ikke ekskresjonsfase er utført må suppleres med iv urografi |  | 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 ? ❒ (Sett kryss hvis «ja») Rapport inkl. plan for nødvendig oppfølging sendes RH. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kliniske undersøkelser**  | **Utf. dato Signatur** | **Resultat** |
| Høyde |  |  | cm |
| Vekt |  |  | kg |
| BMI |  |  | Kg/ m2 | Donor < 30 år:BMI < 30 | Donor > 30 år: |
| 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 |  | Hb |  | g/dl | Hvite |  | 10.9/l | platetall |  | 10.9/l |
| Analyser |  | 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/1,73m2 | metode: |

|  |  |
| --- | --- |
| Alder, år | GFR (ml/min/1.73m2) |
| Under 50 over 9050 – 69 130 minus alderOver 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 |
| 1. Donorskjema + B) røntgenbilder, andre vedlegg og C) donorrapport sendes samlet til:

ATx Seksjon for Nyremedisin, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo. |