

RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:			
Adresse:		Telefon:	
Sentrale data om nyresykdom og pasient			
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:
Radiologiske undersøkelser	Utf. dato Signatur	Resultat	
Aorta abd med bekkenkar : CT med kontrast eller MR uten + CT uten kontrast		> 40 år Bilder innsendes RH	
Rtg. thorax		Innsendes RH	
Ultralyd med resturinmåling		hvis a) > 55 år, b) diabetes, c) vannlatingsproblem	
Rtg.cervical columna ved RA		inkluderer fleksjonsbilde- innsendes RH	
Tidl. kirurgiske komplikasjoner kommenteres i rapporten (ved tidligere abdominal kirurgi legg ved alle operasjonsbeskrivelser)			
Kardiopulmonal utredning	Utf. dato Signatur		
Spirometri		Vitalkapasitet (FVC): liter	% av forventet:
		FEV1: liter	% av forventet:
		FEV1/ FVC	
Lungemedisinsk vurdering hvis verdier under 70 % av forventet (vedlegges)			
EKG		Sendes inn	
Myokardscintigrafi / stress-EKKO		> 40 år	
EKKO kardiografi med kardiologisk vurdering		> 40 år EKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges	
Koronarangiografi		ved Diabetes eller kjent hjertesykdom:	
Malignitets screening	Utf. dato Signatur	(Nasjonale retningslinjer er minstekrav)	
Mammografi		50-70 år	
Gynekologisk u.s.			
Prostata u.s.			
Protein Elfo (serum)			
Hemofec		(3 prøver)	
Ved tidligere Ca angi behandling.			

