

## RESIPIENTSKJEMA FOR 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	<b>Resultat</b>	
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)			
<b>Kardiopulmonal utredning</b>	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:	
<b>Malignitets screening</b>	Utf. dato Signatur	<b>(Nasjonale retningslinjer er minstekrav)</b>	
Mammografi		50-70 år	
Gynekologisk u.s.			
Prostata u.s.			
Protein Elfo (serum)			
Hemofec		(3 prøver)	
Ved tidligere Ca angi behandling.			

Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.:										
Serologi	Utf. dato Signatur	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.								
		Fastende plasmaglukose			mmol/l					
		2 timer etter 75 g po. glukose			mmol/l					
		HbA1c	%	C-peptid	nmol/l	(C-peptid kun ved pancreas)				
		<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								

**Klinisk vurdering av pasienten utført dato :**

<b>Komorbiditet</b>										
Ischemisk hjertesykdom	ja	nei	Arytmi	ja	nei	Diabetes	ja	nei		
Hjertesvikt	ja	nei	Perifer karsykdom	ja	nei	Cancer	ja	nei		
Annen hjertesykdom	ja	nei	Gastrointestinal blødning	ja	nei	KOLS	ja	nei		
Cerebrovask sykd inkl TIA	ja	nei	Lever sykdom	ja	nei					

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

A: Scandiatransplant:     B: Nefrologiregisteret:     (Sett kryss hvis «ja»)

**2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?** (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.