# Oppfølging av nyredonor

## 1 år etter donasjon

Skjema fylles ut og sendes til: Transplantasjonskoordinator

 Klinikk for kirurgi og transplantasjon

 Avdeling for transplantasjonsmedisin

 Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet

 Postboks 4950 Nydalen

 0424 Oslo

**Navn:**

**Fødselsnummer:**

**Donasjonsdato:**

**Konsultasjonsdato: Signatur:**

**Utredningssykehus:**

**Evt. trukket tilbake informert samtykke om registrering av data:** **Dato:**

(Hvis samtykke trekkes sendes skjema inn for informasjon uten ytterligere utfylte data)

Vekt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antilipider: □ Nei □ Ja Antall:

Antihypertensiva: □ Nei □ Ja Antall:

Røyker: □ Nei □ Ja □ Har sluttet

Diabetes: □ Nei □ Ja Start dato: Behandling:

OGTT 0 prøve: OGTT 2t prøve:

GFR: Metode:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hb: |  g/dl | Kolesterol: |  mmol/l |
| Ca: |  mmol/l | HDL: |  mmol/l |
| Albumin: |  g/l | LDL: |  mmol/l |
| Kreatinin: |  µmol/l | Triglycerider: |  mmol/l |
|  |  | PTH: |  pmol/l |

Proteinuri: □ Nei □ Ja TP/Krea ratio: mg/mmol

Mikroalbumin: □ Nei □ Ja Mikroalb/krea ratio: mg/mmol

Protein 24t: mg/l

**Komplikasjoner som har oppstått etter utskriving fra OUS, Rikshospitalet og frem til 1 års kontroll**:

Pneumoni: □ Nei □ Ja □ Antibiotika

Brokk: □ Nei □ Ja □ Operert

Sårinfeksjon: □ Nei □ Ja □ Antibiotika

Lymfocele □ Nei □ Ja □ Operert

Sensorisk ubalanse

i operasjonsområdet: □ Nei □ Ja

UVI: □ Nei □ Ja Dato: □ Antibiotika

Uremi □ Nei □Ja

**Eventuelle andre interkurrente sykdommer**:

Sykdom i urinveier: □Nei □ Ja Beskriv:

DVT: □Nei □ Ja

Kardiovaskulær sykdom □Nei □ Ja Beskriv:

Pulmonal sykdom □ Nei □ Ja Beskriv:

Infeksjoner: □ Nei □ Ja Dato: □Antibiotika

Beskriv infeksjon:

Annen kirurgi: □Nei □ Ja Dato: Årsak:

Sykehus innleggelse: □ Nei □ Ja Dato: Årsak:

Hvis annet, Beskriv

**Smerter i operasjonsområdet:**

□ Ingen □ Ubehag □ Smerter uten behov for analgesi

□ Smerter med behov for analgesi □ Smerter med daglig behov for analgesi

Type analgesi:

Evt. dødsdato: Dødsårsak:

Arbeidssituasjon:

□ Arbeid heltid □ arbeid deltid □ ikke i arbeid □ studier/skole

□ arbeidsledig □ arbeidsavklaring □ trygdet ufør □ alderspensjon

□ Delvis hjelpetrengende □ Pleietrengende (i institusjon eller hjemme)

Sykemeldingsperiode etter donasjon; antall uker:

Når følte donor seg fullt restituert; antall uker:

Har donasjonen påvirket donors helsetilstand i negativ retning: □ Nei □ Ja

Beskriv:

Har donasjonen hatt negative økonomiske konsekvenser for donor: □ Nei □ Ja

Hvis ja, beskriv og anslå beløp: