

## RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT ØYCELLETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

|   |          |
|---|----------|
| Pasient ID: navn, fødsels- og person nr.: |          |
| Adresse:                                  | Telefon: |

**Sentrale data om pasient**

|                   |                                |   |      |
|-------------------|--------------------------------|---|------|
| Kroppsvekt/ høyde | Høyde:                      cm | Vekt:                                      kg | BMI: |
| Røyker:           | Ja:                            | Nei:  |      |

| Radiologiske undersøkelser   | Utf. dato<br>Signatur | Resultat                          |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Ultralyd/ doppler av lever/ v.porta<br>(utføres på Rikshospitalet) |                       |                                   |
| Rtg. thorax  |                       | Bilder + beskrivelse innsendes RH |

| Kardiopulmonal utredning  | Utf. dato<br>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   |                       | Vedlegges  |                 |
| EKKO kardiografi m/ kard.vurdering  |                       | EKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges               |                 |
| Koronarangiografi   |                       | hvis ischemi på stresstest                               |                 |

| Malignitets screening             |  | (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. |  |  |

| Baseline screening             | Utf. dato<br>Signatur | (som utgangspunkt for oppfølging post tx)             |                  |                  |
|--------------------------------|-----------------------|---|------------------|------------------|
| GFR                            |                       | Isotopundersøkelse                                    |                  |                  |
| Øyelegevurdering/ Øyebunnsfoto |                       | Notat inkludert beskrivelse av øyebunnsfoto vedlegges |                  |                  |
| 24 t Holtermonitorering        |                       | Send inn oppsummering inkl. heart rate variability    |                  |                  |
| BT sittende og stående         |                       | Sittende:   | Stående e 1 min: | Stående e 3 min: |

|   |      |     |  |  |
|---|------|-----|--|--|
| Vevstype x 2  | 1. g | 2.g | Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44 |  |
| Blodtype  |      | ABO |  |  |
| Husk å sende prøve til antistofscreening til vevstypelaboratoriet hver 3. mnd så lenge pasienten er påmeldt Scandiatransplant |      |     |  |  |

|  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
|--|-----------------------|---|---------|---------------------------------|--------------------|--------------------------|---------|------------------------|---------|---------|
| Pasient ID: Navn:  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| Fødsels- og personnr:  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>Blodprøver</b>  | Utf. dato<br>Signatur | <b>Resultat</b>   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| Serologi   |                       | <b>CMV IgG</b>  | Pos [ ] | Neg [ ]                         | <b>HBs Ag</b>      | Pos [ ]                  | Neg [ ] | <b>HCV as</b>          | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |                       | <b>EBV IgG</b>  | Pos [ ] | Neg [ ]                         | <b>HBc as</b>      | Pos [ ]                  | Neg [ ] | <b>HCV pcr</b>         | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |                       | <b>Varicella IgG</b>  | Pos [ ] | Neg [ ]                         | <b>HBs as</b>      | Pos [ ]                  | Neg [ ] | <b>TB Igra</b>         | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |                       | <b>Syfilis</b>  | Pos [ ] | Neg [ ]                         | <b>HIV as</b>      | Pos [ ]                  | Neg [ ] | <b>Annet</b>           | Pos [ ] | Neg [ ] |
| CYP3A5   |                       | Prøve sendes RH, se protokoll kap. 9.1.2.7. Svar må ikke foreligge. |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| Auto As titer  |                       | <b>HbA1c</b>  | %       | <b>C-peptid</b>                 | nmol/l             |                          |         |                        |         |         |
|  |                       | <b>Anti GAD</b>   |         | <b>MODY</b>                     | <b>Anti IA2</b>    |                          |         |                        |         |         |
|  |                       | <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>Hgb:</b>  | <b>Hvite:</b>         |   |         |                                 | <b>Tromboc:</b>    | <b>INR:</b>              |         |                        |         |         |
| <b>APTT:</b>   | <b>Na:</b>            |   |         |                                 | <b>K:</b>          | <b>Ca:</b>               |         |                        |         |         |
| <b>Kreat:</b>  | <b>Urea:</b>          |   |         |                                 | <b>Albumin:</b>    | <b>CRP:</b>              |         |                        |         |         |
| <b>Fosfat:</b>   | <b>Bilirubin:</b>     |   |         |                                 | <b>Kolesterol:</b> | <b>Triglyserider:</b>    |         |                        |         |         |
| <b>ASAT:</b>   | <b>ALAT:</b>          |   |         |                                 | <b>ALP:</b>        | <b>LD:</b>               |         |                        |         |         |
| <b>Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx</b> (ikke send kopi av alle blodprøvesvar):   |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
|  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>Bact us urin x 2</b>  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>Albumin/ kreatinin ratio x 3</b>  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>Tannlege u.s.</b>   |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>Psyk.som vurdering</b>  |                       | Hvordan påvirker diabetes pasienten (se protokoll kap 1.1.2)        |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>Sosionom u.s.</b>   |                       | Rapport vedlegges   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>Klinisk vurdering av pasienten utført dato:</b>   |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:</b>   |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>A: Scandiatransplant:</b>   |                       | <input type="checkbox"/>  |         | <b>B: Norsk Nyreregisteret:</b> |                    | <input type="checkbox"/> |         | (Sett kryss hvis «ja») |         |         |
| Det er etablert kontakt mellom endokrinologisk og nefrologisk avd. vedr oppfølging i ventetida og rutiner for innkalling til transplantasjon: <input type="checkbox"/> |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| <b>2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?</b>  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| (kliniske, sosiale, egenomsorg)  |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |
| Dato / år  |                       |   |         |                                 | Signatur av lege   |                          |         |                        |         |         |
| A) Resipienteskjema + B) røntgenbilder og C) resipientrapport sendes samlet til:<br>Nyreseksjonen, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo.                     |                       |   |         |                                 |                    |                          |         |                        |         |         |