

## RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT ØYCELLETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

Pasient ID: navn, fødsels- og person nr.:			
Adresse:		Telefon:	
<b>Sentrale data om pasient</b>			
Kroppsvekt/ høyde	Høyde: cm	Vekt: kg	BMI:
Røyker:	Ja:	Nei:	

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

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			
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.		
Hemofec		(3 prøver)
Ved tidligere Ca angi behandling.		

Baseline screening	Utf. dato Signatur	(som utgangspunkt for oppfølging post tx)		
GFR		Isotopundersøkelse		
Øyelege/ Øyebunnsfoto		Notat og foto vedlegges		
Neurografi				
24 t Holtermonitorering		Legg ved dataark inkl. heart rate variability		
BT sittende og stående		Sittende:	Stående e 1 min:	Stående e 3 min:

Blodprøver	Utf. dato Signatur	Resultat
Serologi		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. 9.1.2.7. Svar må ikke foreligge.
Auto As titer		HbA1c                      %      C-peptid                      nmol/l
		Anti GAD                                      Anti Insulin                      Anti IA2
		<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 [ ]		
Hgb:	Hvite:	Tromboc:
APTT:	Na:	K:
Kreat:	Urea:	Albumin:
Fosfat:	Bilirubin:	Kolesterol:
ASAT:	ALAT:	ALP:
INR:		
Ca:		
CRP:		
Triglyserider:		
LD:		
<b>Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx</b> (ikke send kopi av alle blodprøvesvar):		
Vevstype x 2	1. g	2.g
Blodtype		ABO
Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44		
Husk å send prøve til antistofscreening til vevstypelaboratoriet hver 3. mnd så lenge pasienten er påmeldt Scandiatransplant		
Bact us urin x 2		
Albumin/ kreatinin ratio x 3		
Tannlege u.s.		
Psyk.som vurdering		Hvordan påvirker diabetes pasienten (se protokoll kap 9.1.2.9)
Sosionom u.s.		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: Nefrologiregisteret:</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: Nyreseksjonen, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo.		