

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

Kardiopulmonal utredning	Utf. dato Signatur										
Spirometri		<table border="1"> <tr> <td>Vitalkapasitet (FVC):</td> <td>liter</td> <td>% av forventet:</td> </tr> <tr> <td>FEV1:</td> <td>liter</td> <td>% av forventet:</td> </tr> <tr> <td>FEV1/ FVC</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Vitalkapasitet (FVC):	liter	% av forventet:	FEV1:	liter	% av forventet:	FEV1/ FVC		
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		<table border="1"> <tr> <td>Sittende:</td> <td>Stående e 1 min:</td> <td>Stående e 3 min:</td> </tr> </table>	Sittende:	Stående e 1 min:	Stående e 3 min:
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:							
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		
		Mangel på protein C, S eller Antitrombin:					
		Mutasjon: Leiden eller Protrombin:					
		Ervervet: Lupus antikoagulans:					
Tidligere eller familiær tromboembolisme ?		Ja [] Nei []					
Spontane blødninger familie/ pasient ? :		Ja [] Nei []					
Hgb:	Hvite:		Tromboc:	INR:			
APTT:	Na:		K:	Ca:			
Kreat:	Urea:		Albumin:	CRP:			
Fosfat:	Bilirubin:		Kolesterol:	Triglyserider:			
ASAT:	ALAT:		ALP:	LD:			
Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx (ikke send kopi av alle blodprøvesvar):							
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					
Klinisk vurdering av pasienten utført dato:							
1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:							
A: Scandiatransplant: <input type="checkbox"/> B: Nefrologiregisteret: <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"/>							
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.							