

Det Norske Nyrebiopsiregister

Sendes til:

Dr. Bjarne M Iversen

Medisinsk avdeling

5021 Haukeland Universitetssykehus

Fødselsnummer:

Navn:

Sykehus:

Biopsidato (dd.mm.åå):

Biopsinr (for registeret):

Tidligere nyrebiopsi: Nei Ja dato:.....**Biopsiteknikk og lokalisering:**

Lokalisering: Ultralyd CT
Biopsinål: 14 G 16 G
 18 G Annen/ukjent
Utført av: Nefrolog Radiolog
 Begge Andre

Nyrestørrelse (cm): Ve:..... Hø:.....

Ekkogenisitet (0-3): Ve:..... Hø:.....

0-1: normal, 2: lett økt, 3: svært økt

Komplikasjoner: Ingen
 Hematom Makroskopisk hematuri
 Transfusjon Kirurgisk intervensjon

Annet:**Kjent eller mistenkt systemsykdom:**

	Kjent	Mistenkt
Systemisk lupus erythematosus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegeners granulomatose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henoch Schönleins purpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarteritis nodosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen vaskulitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malign sykdom, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroniske infeksjoner, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Akutte infeksjoner, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoid artritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitt, spesifiser type(r):	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nyresykdom i slekten, spesifiser:.....

Annet, spesifiser : **Er andre organ/vev biopsert i denne utredningen?** Nei Ja spesifiser:**Presentasjonsmåte ved biopsitidspunktet:**

	< 1mnd	1-12 mnd	1-10 år	>10 år
Proteinuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutt GN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig progr GN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrotisk syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrittisk syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutt nyresvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk nyresvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rapportert av..... Dato.....

Har pasienten de siste 2 mnd. brukt følgende medikamenter:

	<1 uke	>1 uke	Bruker	Starter nå
Steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyklosporin A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSAID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alfa-blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta-blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ca-blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACE hemmer/				
AT1 blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuretikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldosteron blokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kliniske/laboratorie data:

Høyde cm Vekt kg

Blodtrykk / mmHg

S-kreatinin µmol/l

S-albumin g/l S-protein g/l

Kreatinin Clearance ml/min

Estimert GFR ml/min

Målt GFR ml/min

S-kolesterol mmol/l

S-LDL kolesterol mmol/l

S-HDL kolesterol mmol/l

S-triglycerid mmol/l

U-stix

Protein 1-4 Blod 1-4

Urinkvantitering

Protein g/l g/d

Albumin g/l g/d

Prot/kreat ratio mg/mmol

Alb/kreat ratio mg/mmol

Lette kjeder/monoklonalt Ig i urinen Ja Nei

Hvis ja, spesifiser:

ANA Titer/desimaler AST Titer

Anti-GBM Titer C3 g/l

C4 g/l IgG g/l

IgA g/l IgM g/l

P-ANCA Ja Nei C-ANCA Ja Nei**Utskrivningsdiagnoser (tekst og ICD):**

-
-
-
-