DONORSKJEMA FOR PLANLAGT NYREDONASJON VED RIKSHOSPITALET

|  |
| --- |
| Donor ID: navn, fødsels- og personnummer: |
| Adresse: | Telefon: |
| Navn på resipient | Fødselsdato | Relasjon til donor: |
|  |  |  |
|  |
| **Radiologiske undersøkelser** | **Utf.dato** | **Resulta**t, stikkordsmessig, utdypes i henvisning |
| CT med arterie-, parenchym- og ekskresjonsfase. Dersom ekskresjonsfase ikke er utført, suppler med iv urografi (sendes inn) |  |  |
| Rtg. Thorax (sendes inn) |  |  |
| Ved tidligere abdominal kirurgi legg ved operasjonsbeskrivelse |
|  |
| **Kardiopulmonal utredning** | **Utf.dato** | **Resulta**t, stikkordsmessig, utdypes i henvisning |
| Spirometri (vedlegges) |  | Vitalkapasitet (FVC): | liter | % av forventet: |  |
| FEV1: | liter | % av forventet: |  |
| FEV1/FVC: | % |  |
| Røyker |  | Ja ❒ | Tidligere ❒ | Nei ❒ |
| EKG (vedlegges) |  |  |
| Myokardscintigrafi / stress-EKKO > 40 år (vedlegges) |  |  |
| EKKO cor (vedlegges) |  |  |
|  |
| Fysioterapeut vurdering (vedlegges) |  |  |
| Sosialmedisinsk kartlegging |  |  |
| Er arbeids- og hjemmesituasjon kartlagt og nødvendige tiltak gjennomført for å sikre at donor unngår økonomisk tap i forbindelse med donasjon? ❒ (Sett kryss hvis «ja») Rapport inkl. plan for nødvendig oppfølging vedlegges |
|  |
| **Malignitetsscreening**(nasjonale retningslinjer minstekrav, ingen øvre aldersgrense) | **Utf.dato** | **Resulta**t, stikkordsmessig, utdypes i henvisning |
| iFOBT 1 prøve (fra 55 år) |  |  |
| Mammografi (fra 50 år) |  |  |
| Gyn u.s. med cervixprøve (fra 25 år) |  |  |
| Prostata u.s. (> 40 år) |  |  |
|  |
| **Kliniske undersøkelser** | **Utf.dato** | **Resulta**t, stikkordsmessig, utdypes i henvisning |
| Høyde/ vekt |  | Høyde | cm | Vekt | kg |
| BMI |  | kg/m2 | Kvinner : BMI < 32 kg/m2 | Menn: BMI <31 kg/m2 |
| Donor som er godkjent med grenseverdi av BMI må holde seg under denne verdien ved innleggelse for at donasjonen skal bli gjennomført |
| Blodtrykk 1. konsultasjon |  |  |
| Blodtrykk 2. konsultasjon |  |  |
| 24t BT på indikasjon (vedlegges) |  |  |
| For givere >60 år godtas «mild» hypertensjon. BT 140/90 mmHg (ambulatorisk BT < 130/80) med inntil to blodtrykkssenkende medikament. |
| Donor ID: navn, fødsels- og personnr: |
|  |
|  | **Utf.dato** |  |
| Serologi |  | CMV IgG | Pos [ ] | Neg [ ] | HBs ag | Pos [ ] | Neg [ ] | HCV as | Pos [ ] | Neg [ ] |
| EBV IgG | Pos [ ] | Neg [ ] | HBs as | Pos [ ] | Neg [ ] | HIV as | Pos [ ] | Neg [ ] |
| Toxopl. IgG | Pos [ ] | Neg [ ] | HBc as | Pos [ ] | Neg [ ] | TB igra | Pos [ ] | Neg [ ] |
| Syfilis | Pos [ ] | Neg [ ] | Annet |  |  |  |  |  |
| Klinisk kjemiske analyserLegg ved labark med ref.verdier.Verdier utenfor normalområde kommenteres i henvisningen |  | Hb | g/dl | LPK | 10.9/l | TPK | 10.9/l |
| GT | U/l | SR | mm | CRP | mg/l |
| Na | mmol/l | K | mmol/l | Karbamid | mmol/l |
| Kreat | μmol/l | Alb | g/l | Urinsyre | μmol/l |
| Kol | mmol/l | LDL | mmol/l | ALP | U/l |
| ASAT | U/l | ALAT | U/l | Bilirubin | μmol/l |
| INR | LD | U/l | Amylase | U/ml |
| OGTT |  | Fastende plasmaglukose: | mmol/l | 2 timer etter 75g po. Glukose: | mmol/l |
| GFR-måltAbsolutt og kroppsjustert |  | ml/min/1,73m2 | Metode:  | **Alder** (år) | **GFR** (ml/min/1,73m2**)** |
| Under 35: | > 90 |
| ml/min | Evt sidefordeling: | 35-49: | > 80 |
| Venstre: | 50-59: | 130 minus alder |
| Høyre: | over 60: | > 70 |
|  |
| Vevstype x 2 |  | 1.g: | 2.g: | Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44 |
| Blodtype |  | ABO: |
|  |
| Urin mikro | 1.gang |  |  |
| 2. gang |  |  |
| Urin stix, mikroalb. | 1.gang |  | blod, protein, glukose |  | Mikroalbumin- kreatinin-ratio |  | mg/mmol |
| 2.gang |  | blod, protein, glukose |  | Mikroalbumin- kreatinin-ratio |  | mg/mmol |
| Urin bakt | 1.gang |  |  |
| 2.gang |  |  |
|  |
| 1. **Donor er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i**

**Norsk levende giver-register:** ❒ (Sett kryss hvis «ja») Signert samtykke sendes inn sammen med utredningen1. **Donor har lest og forstått**

**«Til deg som har blitt spurt om å gi nyre»,** spesielt det som angår langtidsrisiko**:** ❒ (Sett kryss hvis «ja»)**Kommentarer til utredningen** (utdyp i henvisningen)**:**Problemer knyttet til medisinsk utredning ?Vurderer du donor som egnet for nyredonasjon ? |
| Henvisning, donorskjema, røntgenbilder og øvrige vedlegg sendes samlet til: Seksjon for Nyremedisin, Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo. |