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 analyser  Legg 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-målt  Absolutt 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 utredningen   1. **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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |