RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasient ID: navn, fødsels- og personnr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefon: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sentrale data om nyresykdom og pasient** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICD10: | | | | | | | Diagnose, nyresykdom: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Biopsiverifisert: | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | |
| Hvis predialytisk,  3 siste kreatinin/ eGFR (min 1 mnd mellom)  CKD5 lagt inn i Nyreregisteret | | | | | | | Dato: | | | | | | | | | | | | Dato: | | | | | | | | | | | | | | Dato: | | | | | | | | | |
| Kreat: | | | | | μmol/l | | | | | | | Kreat: | | | | | | | | μmol/l | | | | | | Kreat: | | | | | μmol/l | | | | |
| eGFR: | | | | |  | | | | | | | eGFR: | | | | | | | |  | | | | | | eGFR: | | | | | | | | | |
| Nyreerstattende behandling | | | | | | | HD fra: | | | | | | | | | | | | PD fra: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Høyde/ vekt | | | | | | | Høyde | | | | cm | | | | | | | | Vekt | | | | | | | kg | | | | | | BMI | | | | | | |  | | | |
| Er det klinisk indikasjon for nefrektomi: | | | | | | | | | | | Årsak: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn på evt nyredonor: | | | | | | | Fødselsdato: | | | | | | | | | | | | Relasjon til resipient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Radiologiske undersøkelser** | | | | | | | **Utf.dato** | | | **Resultat**, stikkordsmessig, utdypes i henvisning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aorta abd med bekkenkar >40 år:  CT med kontrast /MR + CT uten kontrast | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rtg. Thorax | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ultralyd m/ resturin hvis a) > 55 år,  b) diabetes, c) vannlatingsproblem | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rtg.cervical columna v/ RA inkl. fleksjonsbilde | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tidl. kirurgiske komplikasjoner kommenteres i rapporten (ved tidligere abdominal kirurgi legg ved alle operasjonsbeskrivelser) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kardiopulmonal utredning** | | | | | | | **Utf.dato** | | | **Resultat**, stikkordsmessig, utdypes i henvisning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spirometri (spirometrikurve legges ved)  Lungemedisinsk vurdering ved verdier under 70 % av forventet (vedlegges) | | | | | | |  | | | Vitalkapasitet (FVC): | | | | | | | | | | | | | | liter | | | | | | % av forventet: | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | FEV1: | | | | | | | | | | | | | | liter | | | | | | % av forventet: | | | | | | |  | | | | | |
| FEV1/ FVC | | | | | | | | | | | | | | % | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| EKG (vedlegges) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Myokardscintigrafi / stress-EKKO > 40 år (vedlegges) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EKKO cor med kard.vurdering > 40 år (vedlegges) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Koronarangiografi ved DM eller kjent hjertesykdom (vedlegges) se kap. 3.1.2: | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kardiologisk vurdering som oppsummerer alle relevante us (undersøkelser og vurdering vedlegges) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Malignitets screening** (Nasjonale retningslinjer minstekrav, ingen øvre aldersgrense) | | | | | | | **Utf.dato** | | | **Resultat**, stikkordsmessig, utdypes i henvisning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mammografi (fra 50 år) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gyn u.s. med cervixprøve (fra 25 år) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prostata u.s. (> 40 år) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Protein Elfo (serum) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| iFOBT (1 prøve) | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ved tidligere kreft, angi behandling. Det er viktig å vite om pasienten er bestrålt mot bekkenet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pasient ID: navn, fødsels- og personnr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serologi | **Utf. dato** | | | 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 [ ] | | TB igra | | | | | Pos [ ] | | | | | | Neg [ ] | |
| Syfilis | | | | Pos [ ] | | | | | Neg [ ] | | | | HIV as | | | | | | Pos [ ] | | | | | | Neg [ ] | | Annet | | | | |  | | | | | |  | |
| CYP3A5 |  | | | Prøve sendes RH, se protokoll kap 1.2.5. Svar må ikke foreligge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OGTT |  | | | Fastende plasmaglukose: | | | | | | | | | | mmol/l | | | | | | | 2 timer etter 75g po. Glukose: | | | | | | | | | | | | | mmol/l | | | | | | | | | |
| HbA1c/ C-peptid |  | | | HbA1c: | | | | | | | | | mmol/mol | | | | | | | | C-peptid | | | | | | | nmol/l (C-peptid kun ved pancreas) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | **Mange**l 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 [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for Tx** (ikke send kopi av alle blodprøvesvar): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tannlege (vedlegges) | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sosionom (vedlegges) | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vevstype x 2 | |  | | | 1.g: | | | | 2.g: | | | | | | | | | | | Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Blodtype | |  | | | ABO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Klinisk vurdering av pasienten utført dato:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Komorbiditet,** vekting i parantes(se for øvrig veiledning i protokollen kap 2.1.2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ischemisk hjertesykdom (1) | Ja [ ] | | | Nei [ ] | | Arytmi (2) | | | | | | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | | | | | | Diabetes (1) | | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | | | |
| Hjertesvikt (3) | Ja [ ] | | | Nei [ ] | | Perifer karsykdom (2) | | | | | | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | | | | | | Cancer (2) | | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | | | |
| Annen hjertesykdom (2) | Ja [ ] | | | Nei [ ] | | GI-blødning (2) | | | | | | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | | | | | | KOLS (2) | | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | | | |
| Cerebrovask sykd inkl TIA (2) | Ja [ ] | | | Nei [ ] | | Leversykdom (2) | | | | | | | | | | Ja [ ] | | | | | | Nei [ ] | | | | | | **Total Score** (0-21): | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:**   **Scandiatransplant og Norsk Nyreregister**: ❒ (Ved samtykke på papir sendes dette signert til Norsk Nyreregister)   1. **Kommentarer til utredningen, egnethet for transplantasjon** (kliniske, sosiale, egenomsorg): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato / år | | | Signatur av lege | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Henvisning, resipientskjema, røntgenbilder og øvrige vedlegg sendes samlet til: Seksjon for Nyremedisin, Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo Universitetssykehus HF Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |