

## Oppfølging av nyredonor

### 1 år etter donasjon

Skjema fylles ut og sendes til:

Transplantasjonskoordinerende sykepleier  
Nyreseksjonen, Avdeling for transplantasjonsmedisin  
Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet  
Postboks 4950 Nydalen  
0424 Oslo

**Navn:**

**Fødselsnummer:**

**Donasjonsdato:**

**Konsultasjonsdato:**

**Signatur:**

**Utredningssykehus:**

**Evt. trukket tilbake informert samtykke om registrering av data:**

**Dato:**

(Hvis samtykke trekkes sendes skjema inn for informasjon uten ytterligere utfylte data)

Vekt: \_\_\_\_\_

BT: \_\_\_\_\_

Antilipider:  Nei  Ja

Antall:

Antihypertensiva:  Nei  Ja

Antall:

Røyker:  Nei  Ja

Har sluttet

Diabetes:  Nei  Ja

Start dato behandling:

OGTT 0 prøve:

OGTT 2t prøve:

GFR:

Metode:

Hb: g/dl

Kolesterol: mmol/l

Ca: mmol/l

HDL: mmol/l

Albumin: g/l

LDL: mmol/l

Kreatinin:  $\mu\text{mol/l}$

Triglycerider: mmol/l

PTH: pmol/l

Proteinuri:  Nei  Ja

TP/Krea ratio: mg/mmol

Mikroalbumin:  Nei  Ja

Mikroalb/krea ratio: mg/mmol

Protein 24t: mg/l

## Oppfølging, LD

### Komplikasjoner som har oppstått etter utskriving fra OUS, Rikshospitalet og frem til 1 års kontroll:

Pneumoni:  Nei  Ja  Antibiotika  
Brokk:  Nei  Ja  Operert  
Sårinfeksjon:  Nei  Ja  Antibiotika  
Lymfocele  Nei  Ja  Operert  
Sensorisk ubalanse  
i operasjonsområdet:  Nei  Ja  
UVI:  Nei  Ja Dato:  Antibiotika  
Uremi  Nei  Ja

### Eventuelle andre nyoppståtte sykdommer:

Sykdom i urinveier:  Nei  Ja Beskriv:  
DVT:  Nei  Ja  
Kardiovaskulær sykdom  Nei  Ja Beskriv:  
Pulmonal sykdom  Nei  Ja Beskriv:  
Infeksjoner:  Nei  Ja Dato:  Antibiotika  
Beskriv infeksjon:  
Annen kirurgi:  Nei  Ja Dato: Årsak:  
Sykehus innleggelse:  Nei  Ja Dato: Årsak:

### Smerter i operasjonsområdet:

Ingen  Ubehag  Smerter uten behov for analgesi  
 Smerter med behov for analgesi  Smerter med daglig behov for analgesi

Type analgesi:

Evt. dødsdato: Dødsårsak:

### Arbeidssituasjon:

arbeid heltid  arbeid deltid  ikke i arbeid  studier/skole  
 arbeidsledig  arbeidsavklaring  trygdet ufør  alderspensjon

Sykemeldingsperiode etter donasjon; antall uker:

Når følte donor seg fullt restituert; antall uker:

Har donasjonen påvirket donors helsetilstand i negativ retning:  Nei  Ja

Beskriv:

Har donasjonen hatt negative økonomiske konsekvenser for donor:  Nei  Ja

Hvis ja, beskriv og anslå beløp: