**RESIPIENTSKJEMA BARN <18 år**

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) | | Dato: | | | | | Dato: | | | | | | | Dato: | | | | | |
| Kreat: | | | μmol/l | | Kreat: | | | | μmol/l | | | Kreat: | | | μmol/l | | |
| eGFR: | | |  | | eGFR: | | | |  | | | eGFR: | | |  | | |
| Nyreerstattende behandling | | HD fra: | | | | | PD fra: | | | | | | | | | | | | |
| Kroppsvekt/ høyde | | Høyde | | cm | | | Vekt | | | kg | | | BMI | | | | |  | |
| Er det klinisk indikasjon for nefrectomi: | | | | Årsak: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Navn på evt nyredonor: | | Fødselsdato: | | | | | Relasjon til resipient | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Radiologiske undersøkelser** | | **Utf.dato** | **Resultat**, stikkordsmessig, utdypes i henvisning | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rtg. Thorax ved mistanke om lungehypoplasi eller annet | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ultralyd med resturinmåling hvis Uretraklaffer eller annen form for CAKUT der blæren kan være avgjørende | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tidl. kirurgiske komplikasjoner kommenteres i rapporten (ved tidligere abdominal kirurgi legg ved alle operasjonsbeskrivelser) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kardiopulmonal utredning på indikasjon** | | **Utf.dato** | **Resultat**, stikkordsmessig, utdypes i henvisning | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spirometri  Ved mistanke om nedsatt lungefunksjon | |  | Vitalkapasitet (FVC): | | | | | liter | | | | % av forventet: | | | |  | | | |
|  | FEV1: | | | | | liter | | | | % av forventet: | | | |  | | | |
| FEV1/ FVC | | | | | % | | | |  | | | |  | | | |
| EKKO cor med kard.vurdering ved medfødt hjertesykdom eller vanskelig hypertensjon. (vedlegges) | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Annet av betydning** | | **Utf.dato** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behandling med Rituximab (årsak?) | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relevante genetiske undersøkelser | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kolonisering med | ESBL |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | VRE |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | MRSA |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behov for PEG | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaksinasjoner** | **Utf.dato** |  | **Utf.dato** |  | **Utf.dato** |
| BCG |  | Hepatitt B |  | DTP-IPV-Hib |  |
| MMR |  | Varicella |  | Annet |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 [ ] | TBb igra | | | Pos [ ] | | Neg [ ] |
| Syfilis | | | Pos [ ] | | | Neg [ ] | | | HIV as | | | | Pos [ ] | | | Neg [ ] |  | | | Pos [ ] | | Neg [ ] |
| CYP3A5 |  | | | Prøve sendes RH, se protokoll kap 1.3.6. Svar må ikke foreligge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ved vaskulitt |  | | | Anti GBM: | | | |  | | | | | | ANA | | | |  | | | ANCA | |  | | | |
| Ved mistanke om koagulopati |  | | | **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 2.1.4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medfødt hjertesykdom | | | Ja [ ] | | | Nei [ ] | Leversykdom | | | | | Ja [ ] | | | | Nei [ ] | | | Diabetes | | | Ja [ ] | | | Nei [ ] | |
| Nevrologisk sykdom | | | Ja [ ] | | | Nei [ ] | Syndrom | | | | | Ja [ ] | | | | Nei [ ] | | | Cancer | | | Ja [ ] | | | Nei [ ] | |
| Residiv risiko | | | Ja [ ] | | | Nei [ ] |  | | | | | Ja [ ] | | | | Nei [ ] | | |  | | | Ja [ ] | | | Nei [ ] | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:**   **Scandiatransplant og Norsk Nyreregister**: ❒ (Signert samtykke sendes 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: Avdeling for barnemedisin og transplantasjon, Barne- og ungdomsklinikken, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |