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) | 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 nefrectomi: | 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/ resturinmåling 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 (vedlegges)Lungemedisinsk vurdering hvis 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) |  |  |
| Kardiologisk vurdering som oppsummerer alle relevante us (undersøkelser og vurdering vedlegges) |
|  |
| **Malignitets screening** (Nasjonale retningslinjer minstekrav) | **Utf.dato** | **Resultat**, stikkordsmessig, utdypes i henvisning |
| Mammografi (50-69 år) |  |  |
| Livmorhals u.s. (25-69 år) |  |  |
| Prostata u.s. |  |  |
| Protein Elfo (serum) |  |  |
| Hemofec (3 prøver) |  |  |
| Ved tidligere Ca, 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**: ❒ (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: Seksjon for Nyremedisin, Avdeling for transplantasjonsmedisin, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo. |