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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |