

Anmeldebogen zur Transplantation Niere oder Niere und Pankreas

Bitte sämtliche Befundbögen zusenden an:

Postweg:

Medizinische Hochschule Hannover
Transplantationsvorbereitung Niere/Pankreas
OE 1124
Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Per E-Mail:

Transplantation-Vorbereitung@mh-hannover.de

Per Fax:

0511 532 18564

Der Anmeldebogen dient als Übersicht zur Erfassung aller wesentlichen medizinischen Daten.
Wir bitten um zusätzliche Übermittlung eines aktuellen Dialyseverlaufsberichts bzw. Arztbriefes mit Laborübersicht sowie aller Originalbefunde in Kopie.

Stammdaten des Organempfängers zur Transplantation

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geb.datum: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Stadt: _____

Beruf: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____

E-Mailadresse: _____

Kostenträger: _____

GKV

PV

Mitgliedsnummer: _____ **(ohne diese Angabe keine Anmeldung bei ET möglich!)**

Dialysezentrum: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Stadt: _____

Telefonnummer: _____ **24h erreichbare Telefonnummer:** _____

E-Mailadresse: _____

Ltd. Arzt: _____ Behandelnder Arzt: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Stadt: _____

Telefonnummer/n: _____

Welche Form der Transplantation?

Nierentransplantation

Kombinierte Nieren-/Pankreastransplantation

Evaluation einer Nierenlebendspende geplant?

Nein

* Ja

* Bitte Ergänzungsbogen LSP Evaluation mit ausfüllen!

Potentieller Nierenlebendspender:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Organempfänger: I. Diagnose

a) Renale Grunderkrankung:

Histologie:

Vortransplantationen:

b) weitere Diagnosen:

Diagnosenliste hier anfügen

c) Narkosezwischenfälle:

d) Medikamentenunverträglichkeiten:

II. Dialyse-spezifische Daten

a) Datum der 1. Dialyse:

Dialyseart:

HD **PD**

Dialysedauer (h):

Dialysen pro Woche/Dialysetage:

Gefäßzugang:

Komplikationen am Gefäßzugang:

Dialysespezifische Probleme:

Restdiurese

b) medikamentöse Therapie:

BITTE AKTUELLEN MEDIKAMENTENPLAN BEIFÜGEN

Notwendige Untersuchungen zu Evaluation (Kopien von den Originalbefunden)

Untersuchungsdatum:	Untersuchungen Herz-Gefäße	
	EKG, Pulsstatus	
	Echokardiographie	
	Ergometrie , bei nicht aussagekräftiger Ergometrie ggf. alternativer kardialer Belastungstest (Herzszintigraphie/Stressechokardiographie mit pharmakologischer Belastung, Herzkatheter)	
	Röntgen des Beckens zur Beurteilung der Gefäßkalzifizierung	Alter >40 , sowie bei kardiovaskulären Risikofaktoren
	Duplexsono Becken/Beine	Alter >50 , sowie bei pAVK und/oder kardiovaskulären Risikofaktoren
	Duplexsono Halsarterien	Alter >60 , sowie bei kardiovaskulären Risikofaktoren
	CT-Becken nativ ohne Kontrastmittel + CD	bei fortgeschrittener Arteriosklerose

Untersuchungsdatum:	Untersuchungen Magen-Darm	
	Komplette Sonographie des Abdomens und der Eigennieren	
	Stuhluntersuchung auf okkulte Blutverluste	Alter >40
	Gastroskopie	Bei Ulcus- oder Refluxanamnese/Risikofaktoren wie langjähriges Rauchen
	Vorsorge- Koloskopie	Männer: Alter >50, Frauen: Alter >55 sowie bei positiver Anamnese

Untersuchungsdatum:	Untersuchungen Lunge	
	Röntgen-Thorax	
	Lungenfunktion	Alter >60 , sowie bei Nikotinabusus, Lungenerkrankungen

Untersuchungsdatum:	Konsile	
	Zahnarzt (Infektfreiheit?)	
	HNO (Infektfreiheit?)	
	Dermatologische Krebsvorsorge	Alter >35
	Augenarzt	Bei Diabetes mell., vorbestehenden Augenerkrankungen
	Gynäkologische Vorsorge	Frauen ab Alter >20 , zusätzliche Mammographie ab Alter >50
	Urologische Vorsorge	Männer ab Alter >45 Alter >60 inkl. PSA-Wert

Untersuchungsdatum: Labor (Kopien von den Originalbefunden)	
	Übliche Laborübersicht (Elektrolyte, Retentionswerte, Leberwerte)
	aktuelles Blutbild
	Quick/ PTT
	TSH
HbA1c	bei Diabetes mellitus
HBs-AG (ggf HBV-DNA), Anti-HBc, HBs-AK	(falls Anti Hbs negativ, bitte Impfung)
Anti-HCV	
Anti-HIV	
EBV-IgG, CMV-IgG, VZV-IgG	(falls VZV-IgG negativ, bitte Impfung)
iPTH	
basales C-Peptid (< 0,5 ng/ml bzw. < 0,16 nmol/l) + simultaner Blutglukose-Bestimmung (> 70 mg/dl bzw. größer 3,9 mmol/l)	bei gewünschter kombinierter Pankreas/Nierentransplantation originaler Laborausdruck !
Serumelektrophorese	Alter >50
Immunfixation	Alter >60
Quantiferon-Test	Bei Risikoanamnese

Klinische Beurteilung

Allgemeinbeurteilung des Patienten:

Größe: _____ cm Trockengewicht: _____ kg
Gewichtszunahme zwischen den Dialysen: _____ kg

Cor

Anamnestische Hinweise, ob folgende Pathologika bestehen oder bestanden:

Koronare Herzkrankheit: _____

Herzinsuffizienz: _____

Rhythmusstörungen : _____

Pulmo

Nikotinabusus: Ja Nein Früher von-bis: _____

klinischer Befund: _____

Urogenitaltrakt

Harnwegsinfektionen: _____

Harnblasenentleerungsstörung/
Restharn: _____

Durchgeführte Zystoskopie/urologische Funktionsdiagnostik (bei urogenitalen Fehlbildungen oder speziellen Indikationen):

Gastrointestinaltrakt:

Anamnestische Hinweise auf Pathologica des Gastrointestinaltraktes:

Gastroduodenalulcera/gastrointestinale Blutungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Cholelithiasis/Cholecystitis/Cholangitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pankreatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Divertikulose/Divertikulitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Vaskuläres System

obligat: Pulsstatus

- A. carotis: rechts links
- A. tibialis post.: rechts links
- A. dorsalis ped.: rechts links

Gehstrecke: _____

Hämatologisches System

Hinweise, ob folgende Pathologica bestehen oder bestanden:

- Knochenmarksdepression: ja nein
- Blutungskomplikationen: ja nein
- Thrombembolien/Thrombophilie: ja nein

Psychosoziale und soziale Situation

(unter besonderer Berücksichtigung der geistigen Gesamtsituation, Kooperationsbereitschaft, beruflich-soziale Situation, Sedativa/ Alkoholabusus)

Immunologische Angaben

Blutgruppe: _____

Bluttransfusionen:

Datum:	Anzahl:	Art der Transfusion (Ery, Thrombo, etc.):

Vorangegangene Organtransplantationen: ja nein

Datum:	Name des Zentrums:

Schwangerschaften: ja nein

Entbindungen, Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch im Jahre:

Hinweise für das Vorliegen einer Autoimmunkrankheit: ja nein

ggf. welche:

Dialyse-Einrichtung:

(Stempel der Einrichtung)

Datum

Name und Unterschrift des Arztes
(Bitte in Druckbuchstaben!)