

Anmeldebogen zur Transplantation Niere oder Niere und Pankreas

Bitte sämtliche Befundbögen zusenden an:

Postweg:

Medizinische Hochschule Hannover
Transplantationsvorbereitung Niere/Pankreas
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: _____

Evaluation einer Nierenlebendspende geplant?

Nein

* Ja

* Bitte Ergänzungsbogen LSP Evaluation mit ausfüllen!

Potentieller Nierenlebendspender:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Nierentransplantation

oder

kombinierte Nieren-/Pankreastransplantation

Organempfänger: I. Diagnose

- a) renale Grunderkrankung: _____
Histologie: _____
Vortransplantationen: _____
- b) weitere Diagnosen: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
- c) Narkosezwischenfälle _____
Medikamentenunverträglichkeit _____

II. Dialyse-spezifische Daten

- a) Datum der 1. Dialyse: _____
Dialyseart: _____
Dialysedauer (h): _____
Dialysen pro Woche/Dialysetage: _____
Shunt: _____
Shuntkomplikationen: _____
Dialysespezifische Probleme: _____
Restdiurese _____
- b) medikamentöse Therapie: **BITTE EINEN 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)	
	Duplexsono Becken/Beine	Alter >50, sowie bei pAVK und/oder kardiovaskulären RF
	Duplexsono Halsarterien	Alter >60, sowie bei kardiovaskulären RF
	Röntgen des Becken zur Beurteilung der Gefäßkalzifizierung	Alter >40, sowie bei kardiovaskulären RF
	CT-Abdomen/Becken mit Kontrastmittel, Befund+CD (u.a. zur Beurteilung der Gefäßkalzifizierung sowie Transplantatanschlussmöglichkeiten)	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	Alter >55, sowie bei positiver Anamnese

Untersuchungsdatum: Untersuchungen Lunge

	Röntgen-Thorax	
	Lungenfunktion	bei Nikotinabusus, Lungenerkrankungen

Untersuchungsdatum: Konsile

	Zahnarzt (Infektfreiheit?)	
	Dermatologische Krebsvorsorge	Alter >35
	HNO (Infektfreiheit?)	

	Augenarzt	Bei Diabetes mell., vorbestehenden Augen- erkrankungen
	Gynäkologische Krebsvorsorge	ab Alter >50 , zusätzliche Mammographie
	Urologie Krebsvorsorge	Männer ab Alter >45
	Urologische Funktionsdiagnostik, Zystoskopie	bei urologischen Vorerkrankungen (ggf. nach Rücksprache)

Untersuchungsdatum:	Labor (Kopien von den Originalbefunden)
----------------------------	--

	Übliche Laborübersicht (Elektrolyte, Retentionswerte, Leberwerte)	
	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 original Laborausdruck !
	TSH	
	HbA1c	bei Diabetes mellitus
	aktuelles Blutbild	
	Quick/ PTT	

Anamnestische Angaben (alternativ ausführlicher Arztbrief)

(In chronologischer Reihenfolge, unter besonderer Berücksichtigung des Beginns und Verlaufs der Nierenerkrankung, Hochdruckanamnese, kardiopulmonaler, gastrointestinaler, endokrinologischer und vasculäre cerebraler Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Operationen und Allergien)

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: _____

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

Gastrointestinaltrakt:

Anamnestische Hinweise auf Pathologica des Gastrointestinaltraktes:

Gastroduodenalulcera/gastrointestinale Blutungen: ja

Cholelithiasis/Cholecystitis/Cholangitis: ja

Pankreatitis: ja

nein
 nein
 nein

Divertikulose/Divertikulitis:

ja

nein

Vaskuläres System

obligat: Pulsstatus

- A. carotis:	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links
- A. tibialis post.:	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links
- A. dorsalis ped.:	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links

Gehstrecke: _____

Hämatologisches System

Hinweise, ob folgende Pathologica bestehen oder bestanden:

Knochenmarksdepression:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Blutungskomplikationen:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Thrombembolien/Thrombophilie:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	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.):

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!)