

Checkliste

Nierentransplantation und kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation



Befundbögen bitte einsenden an:

TransplanTUM

Transplantationszentrale
z.Hd. Fr. C. Federspiel / Fr. M. Weyrauch
Klinikum rechts der Isar
Ismaningerstraße 22
81675 München

Fax.: 089 4140-4884



Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts



Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Klinik und Poliklinik für Nephrologie
Klinik und Poliklinik für Urologie

Ismaninger Straße 22
81675 München

Transplantationszentrale:
Tel: 089 4140-2011
Fax: 089 4140-4884
E-mail: transplantation@mri.tum.de

Transplantationsstation M1a:
Tel: 089 4140-5024 (Ärzte)
Tel: 089 4140-2111 (Pflege)
Fax: 089 4140-4805

Nephrologie Station D3a:
Tel.: 089 4140-5231
Tel.: 089 4140-2339 (Pflege)
Tel.: 089 4140-5235 (Dialyse)

Transplantationsambulanz:
Tel: 089 4140-6703
Fax: 089 4140-4741

www.transplantation.mri.tum.de
www.mri.tum.de

Untersucher: _____ Datum: ____ . ____ . ____

ALLGEMEINE DATEN:

Name: _____ Vorname: _____

geb.: ____ . ____ . ____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

Wohnort: _____ (PLZ) _____

Telefon: _____

Mobil: _____ oder _____

Dialysezentrum: _____

Telefon: _____

Behandelnder Arzt: _____

Telefon: _____ oder _____
(z.B. Mobilnummer, 24h-Nummer)

Erklärung: ich / wir möchte(n) im Falle eines Organangebots

- den Patienten / die Patientin selbst informieren
- dass der Patient / die Patientin durch das Transplantationszentrum einbestellt wird
 - und ich / wir auch nachts informiert werde(n)
 - ich / wir erst am nächsten Arbeitstag informiert werde(n)

Checkliste

Nierentransplantation und kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation



WICHTIG !! (zwecks Kostenübernahmeantrag an den Kostenträger)

Krankenkasse: _____ Mitgliedsnr.: _____

Name des Hauptversicherten (falls obiger Patient familienversichert):

_____ geb.: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon: _____

Rentner: ja / nein

Patient im Transplantationsfall erreichbar:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

DIAGNOSEN UND ANAMNESE:

1. Renale Grundkrankheit: _____

Arztbrief vom ____ . ____ . ____ in Anlage

a) klinische Sicherung:

b) histologische Sicherung:

Histobefund vom ____ . ____ . ____ in Anlage

2. Weitere Diagnosen:

Arztbrief vom ____ . ____ . ____ in Anlage

3. Eigenanamnese:

bitte machen Sie Angaben zu folgenden Punkten oder fügen Sie ärztliche Berichte hierzu an:

1. Beginn und Verlauf der Nierenerkrankung

2. Internistische Anamnese

3. Operationen

keine

4. Kinderkrankheiten

keine

5. Schwangerschaften

keine

6. Soziale Situation (Beruf, Familie, alleinstehend)

7. Allergien: _____

keine

eigener Bericht vom ____ . ____ . ____ in Anlage

oder / und

Arztbrief vom ____ . ____ . ____ in Anlage

4. Familienanamnese:

bitte machen Sie Angaben zu folgenden Punkten oder fügen Sie ärztliche Berichte hierzu an:

- 1. kardiovaskuläre Erkrankungen keine

- 2. Malignome keine

- 3. hereditäre Erkrankungen keine

5. Derzeit relevante Probleme

- 1. Kardiovaskuläres System keine
- 2. Respiratorisches System keine
- 3. Gastrointestinaltrakt keine
- 4. Gynäkologie / Urologie keine
- 5. Metabolische und hämatologische Erkrankungen keine
- 6. Infektionen keine
- 7. Muskeln und Skelett / Wirbelsäule keine
- 8. Neurologie und Psyche keine
- 9. Suchtmittel

Nikotin nein ja wieviel: _____ (py) anhaltend aufgehört _____._____._____
Alkohol nein ja wieviel: _____ anhaltend aufgehört _____._____._____
andere welche: _____ anhaltend aufgehört _____._____._____

eigener Bericht vom _____._____._____ in Anlage

oder / und

Arztbrief vom _____._____._____ in Anlage

6. Medikamente

aktueller Bundesmedikationsplan in Kopie in Anlage

Checkliste

Nierentransplantation und kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation



KÖRPERLICHER UNTERSUCHUNGSBEFUND :

Größe: _____ (cm) Gewicht: _____ (kg)

RR: _____

bitte fügen Sie einen ausgefüllten Untersuchungsbogen* bei oder fassen Auffälligkeiten der folgenden Punkte in einem Bericht zusammen:

- Untersuchungsbogen vom _____._____._____ in Anlage; * ein Anamnesebogen kann z.B. unter <https://www.miamed.de/amboss/untersuchungs-und-anamnesebogen> kostenlos herunter geladen werden
- Bericht vom _____._____._____ in Anlage

1. Haut und Schleimhäute (einschl. Behaarung)
2. Kopf
3. Augen
4. Mundhöhle, Lippen, Rachenring, Zunge, Zähne
5. Hals
6. Thorax
7. Herz
8. Pulmo
9. Abdomen
10. Bauchdecken, Druckschmerz, Klopfschmerz, Resistenzen, Peristaltik, Narben, Bruchpforten
11. Leber
12. Milz
13. Nierenlager
14. Gefäßstatus
15. Neurologischer Status
16. Rektale Untersuchung
17. Mammae / Genitale
18. Bewegungsapparat / Wirbelsäule

Checkliste

Nierentransplantation und kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation



VERLAUF UNTER DIALYSE

Datum der 1. Peritonealdialyse: ____:____:_____

Datum der 1. Haemodialyse: ____:____:_____

derzeit: Haemodialyse
 Peritonealdialyse

An welchen Tagen der Woche wird der Patient normalerweise dialysiert?

- Montag Mittwoch Freitag
- Dienstag Donnerstag Samstag
- Zentrumsdialyse Heimdialyse

Restdiurese pro Tag: _____ (ml)

Trinkmenge pro Tag: _____ (ml)

Trockengewicht: _____ kg

Gefäßzugang aktuell

- Ciminofistel Kunstgefäßinterponat
- andere: _____

Probleme des Gefäßzuganges (Revisionen, Neuanlagen): keine

Checkliste

Nierentransplantation und kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation



IMMUNOLOGISCHER STATUS:

!Bitte unbedingt alle Originalbefunde beilegen!

Blutgruppe inkl. Rhesusformel: vorhanden, Original in Anlage

HLA-Typisierung: (Antragsformular siehe letzte Seite) vorhanden, Original in Anlage

Aktuelles Antikörperscreening vorhanden, Original in Anlage

Angaben über Bluttransfusionen:

Hat der Patient Bluttransfusionen erhalten? nein ja

Wenn ja,

1. wann: _____

2. wo: _____

3. Anzahl: _____

4. welcher Art: _____

5. letzte Bluttransfusion am: _____

LABORUNTERSUCHUNGEN:

BITTE KOPIE FOLGENDER LABORBEFUNDE IN ANLAGE

Datum: ____ . ____ . ____



Hämatologie				
Serumchemie	Differential-Blutbild			
	Natrium	GPT	ges. Cholesterin	Eisen
	Kalium	GOT	HDL	Ferritin
	Kreatinin	γGT	LDL	Transferrin-Sättigung
	ggf. eGFR	AP	Triglyceride	
	Harnstoff-N/HST	Cholinesterase		
	Harnsäure	Bilirubin		
	Calcium	Lipase		
	Phosphat	CRP		
		LDH		
		CK		
Gerinnung			<i>nur bei Thromboseanamnese:</i>	
	Quick/ INR	aPTT	<i>Prothrombin G20210A</i>	<i>Faktor-V-Leiden-Mutation</i>
Urinanalytik				
	Urinstatus	Proteinurie (Albumin, Eiweiß [mg/g Krea])		
	Urinsediment			
	Urinkultur			
Hormone				
	β-HCG	TSH	Parathormon	<i>C-Peptid (Pankreas-transplantation)</i>
	AFP (männlich)	ggf. fT3 und		
	tPSA, fPSA und Ratio (männlich > 40J)	fT4		
sonstiges				
	Blutzucker nüchtern	Serum-ELPHO	venöse BGA	
	HbA _{1c}			
	ggf. oGTT			

Nur bei kombinierter Nieren-Pankreas-Transplantation: !Originalbefund beilegen!

1. C-Peptid (nach Glucagon-Stimulation)
2. Diabetes-Antikörper (GAD-AK, IAA-AK, IA2-AK)

Checkliste

Nierentransplantation und kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation



BITTE KOPIE FOLGENDER LABORBEFUNDE IN ANLAGE

Datum: _____._____._____



Serologie	HBsAg anti-HBc anti-HBs	HIV (anti-HIV/p24-Ag)	HCV (anti-HCV)	CMV-IgM CMV-IgG EBV-IgM EBV-IgG VZV-IgG VZV-IgM
------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------	--

Hepatitis B:

geimpft:

nein ja; anti-HBs-Titer: _____; Datum: _____._____._____

Bitte ggf. Kopie der Titerbestimmung beilegen!

TECHNISCHE UNTERSUCHUNGEN:

BITTE KOPIEN FOLGENDER BEFUNDE IN ANLAGE



Radiologie	Thorax in 2 Ebenen NNH & OPG			
Sonografie	Abdomen	Schilddrüse	Doppler Carotiden	ggf. Doppler Becken / Beine
Kardiologie	<i>bei Anamnese / Vorerkrankung, obligat bei Nierenpankreastransplantation</i>			
	EKG, ggf. 24h-EKG Ergometrie Echokardiografie	ggf. 24h- Blutdruckmessung (wenn schlecht einstellbar)	ggf. Herzkatheter ggf. Becken-/Bein- Angiografie	ggf. kardiologische Stellungnahme
Pulmonologie	LuFu			
Gastro- enterologie	> 50 Jahre oder positive Familienanamnese			
	ÖGD	Coloskopie		

KONSILIARUNTERSUCHUNGEN

BITTE KOPIEN FOLGENDER BEFUNDE IN ANLAGE



Urologie	Diurese >1l/d ohne Mikrohämaturie: Restharnausschluss, Urologische Untersuchung inkl. Uroflow bei Restharn zusätzlich: Zystoskopie + Urodynamik bei Anurie >1 Jahr: zusätzlich Zystoskopie mit Blasenkapazitätsbestimmung und Urodynamik	Diurese >1l/d mit Mikrohämaturie oder Diurese <1l/d: Tumorausschluss mit Zystoskopie und US und MR-AUG (RD>1l) oder ggf. retrograde Ureterskopie mit Pyelografie (RD<1l)	bei Refluxvorgeschichte: Refluxdiagnostik
Gynäkologie	Tumorvorsorge		
HNO	<i>bei Anamnese / Vorerkrankung</i>		
Zahnarzt	<i>Ausschluss chronischer Infektfokus</i>		
Zahnarzt	Ausschluss sanierungsbedürftiger Läsionen		
Augenarzt	<i>nur bei Diabetes mellitus</i>		
Augenarzt	<i>Spiegelung Augenhintergrund</i>		
Dermatologie	Tumorvorsorge		

bitte individuell ggf. zusätzliche Konsiliaruntersuchungen veranlassen (z.B. kardiologische Stellungnahme, pulmonologische Beurteilung,...)

Untersucher: _____

Datum: _____.____._____

Unterschrift: _____

Praxisstempel:



! Bitte dem Anmeldebogen zur Transplantation beifügen !

Mit der Anmeldung zur Transplantation erkläre ich mich einverstanden, dass zum Zwecke der Registrierung, und um ein Organangebot zuordnen zu können, personenbezogene und medizinische Daten an Eurotransplant und die Deutsche Stiftung Organtransplantation durch das Transplantationszentrum Klinikum rechts der Isar, weitergegeben werden dürfen. Zusätzlich bin ich darüber aufgeklärt worden, dass im Rahmen des Transplantationsgesetzes eine Verpflichtung des Transplantationszentrums besteht, vor und nach Transplantation personenbezogene und medizinische Daten im Rahmen der Qualitätssicherung (Aqua, OTX oder andere vom Bund bestimmte Organisationen) zu melden, die dort gespeichert werden. Dazu gehört zusätzlich die Zurverfügungstellung personenbezogener und medizinischer Daten, auch rückwirkend seit dem 01.11.2016, in ein zu errichtendes Transplantationsregister, indem Daten ggf. über die gesamte Transplantationsdauer gespeichert werden. In diesem Zusammenhang bin ich darüber aufgeklärt worden, dass im Falle meines Widerrufs der hier geleisteten datenschutzrechtlichen Einwilligungen nach Absatz 7 die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen bzw. bin ich über die Tragweite der Einwilligung informiert worden.

Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass die zur Unterstützung meiner Behandlung und zur wissenschaftlichen Auswertung erforderlichen Daten an die für die elektronische Datenverarbeitung des Klinikums rechts der Isar zuständigen Stellen übermittelt und dort unter Wahrung des Gebots der ärztlichen Schweigepflicht aufbewahrt werden. Die notwendigen organisatorischen und technischen Maßnahmen nach dem Datenschutzgesetz sind getroffen.

(Ort, Datum)

(Name des Patienten)

(Unterschrift)

(Ort, Datum)

(Name des Arztes)

(Unterschrift)

Checkliste

Nierentransplantation und kombinierte
Nieren-Pankreas-Transplantation



Antrag auf Immunologische Labordiagnostik



Labor für Immungenetik
und Molekulare Diagnostik
Marchioninistraße 15d

81377 München

Einsender / Dialysezentrum (z.B. Stempel):

Datum: ____ . ____ . ____

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten um Durchführung folgender Untersuchung(en):

HLA-Typisierung

Crossmatch (bei geplanter Nierenlebenspende bitte ankreuzen)

Antikörperbestimmung

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

Krankenkasse: _____

Blutgruppe: _____

Indikation: **NTX / NTX-Lebenspende**
(nichtzutreffendes streichen)

Mit freundlichen Grüßen,