



## 12 MALL UTREDNINGSPROTOKOLL MÖJLIG NJURDONATOR

Donatorns namn:	Donatorns personnr:	Anknytning/släktskap:
Donatorns telefon bostad:	Donatorns telefon mobil:	Donatorns telefon arbete:
Mottagarens namn:	Mottagarens personnr:	Mottagarens grundsjukdom:
Blodtryck vid minst 2 tillfällen:	/	/
Donatorns vikt:	Donatorns längd:	Donatorns BMI:
Donatorns midjemått: cm	Donatorns höftmått cm	Donatorns midje/höftkvot:
Anamnes på trombos och ev utsättande av P-piller:		<input type="checkbox"/> Erhållit broschyr (Att donera njure)
Utlåtande från kurator: anses lämplig för donation JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Slutat röka år ____ Rökare <input type="checkbox"/> Informerad om rökstopp (ska ske minst 6-8 veckor före donation) JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
HLA eller ABO inkompatibelt par: Informerade om möjlighet till korsvis donation JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Kopia av textjournal	<input type="checkbox"/> Specialistvårdsremiss	<input type="checkbox"/> Mottagarens utredning klar
<input type="checkbox"/> Högriskintyg	<input type="checkbox"/> Bifogad ifyllt hälsodeklarationen	<input type="checkbox"/> Ekonomisk kuratorsutredning klar

Undersökning	Beställt	Svar	Kopia	Kommentar
<b>IMMUNOLOGI</b>				
Blodgruppering			<input type="checkbox"/>	
Om ABO inkompatibel: Ev subtyp A1/A2			<input type="checkbox"/>	
Vävnadstypning			<input type="checkbox"/>	
Korstest cytotox och FACS			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>BLODPROVER</b>				
SR			<input type="checkbox"/>	
CRP			<input type="checkbox"/>	
Hb			<input type="checkbox"/>	
Leukocyter			<input type="checkbox"/>	
Trombocyter			<input type="checkbox"/>	
ASAT			<input type="checkbox"/>	
ALAT			<input type="checkbox"/>	
Alkaliska fosfataser			<input type="checkbox"/>	
Bilirubin			<input type="checkbox"/>	
Natrium			<input type="checkbox"/>	
Kalium			<input type="checkbox"/>	
Calcium			<input type="checkbox"/>	
Albumin			<input type="checkbox"/>	
Fosfat			<input type="checkbox"/>	
Urat			<input type="checkbox"/>	
Kreatinin			<input type="checkbox"/>	
Cystatin C			<input type="checkbox"/>	
Medel eGFR <a href="http://www.egfr.se/eGFRen.html">http://www.egfr.se/eGFRen.html</a>			<input type="checkbox"/>	
Kolesterol			<input type="checkbox"/>	
HDL			<input type="checkbox"/>	
LDL			<input type="checkbox"/>	
Triglycerider			<input type="checkbox"/>	
Elfores (proteinfraktioner)			<input type="checkbox"/>	
HbA1c				
Per oral glukosbelastning (inkl f-Glukos)			<input type="checkbox"/>	
PSA (män >50 år eller prostatism i anamnes)			<input type="checkbox"/>	
IGRA - Quantiferon (utesluta latent TBC)			<input type="checkbox"/>	



Undersökning	Beställt	Svar	Kopia	Kommentar
<b>VIROLOGI</b>				
CMV Ig-G			<input type="checkbox"/>	
EBV Ig-G			<input type="checkbox"/>	
HBsAg			<input type="checkbox"/>	
Anti HBc			<input type="checkbox"/>	
Anti HBs			<input type="checkbox"/>	
Anti HCV			<input type="checkbox"/>	
Anti HIV			<input type="checkbox"/>	
Ak mot syfilis (treponema pallidum)			<input type="checkbox"/>	
<b>URINPROVER</b>				
Urinsticka x 2			<input type="checkbox"/>	
Urinsediment x1			<input type="checkbox"/>	
Urinodling			<input type="checkbox"/>	
Urin-Elfores (Urin proteinanalys på morgonurin)			<input type="checkbox"/>	
Albumin/krea kvot			<input type="checkbox"/>	
Protein HC, kappa och lambda /kreat kvot			<input type="checkbox"/>	
<b>KOAGULATIONSPROVER</b>				
APT-tid			<input type="checkbox"/>	
PK INR			<input type="checkbox"/>	
P-Antitrombin			<input type="checkbox"/>	
Protein C			<input type="checkbox"/>	
Protein S			<input type="checkbox"/>	
Koag faktor V, genotyp (APC-resistens)			<input type="checkbox"/>	
Protrombin, genotyp			<input type="checkbox"/>	
Lupus antikoagulans			<input type="checkbox"/>	
Beta2glykoprotein Ak (IgG)			<input type="checkbox"/>	
<b>UTREDNING HJÄRTA OCH KÄRL</b>				
Vilo EKG			<input type="checkbox"/>	
Lungröntgen			<input type="checkbox"/>	
Hjärteko om högre blodtryck			<input type="checkbox"/>	
Arbetsprov / Myocardscint Om donatorn > 50 år eller riskfaktorer			<input type="checkbox"/>	
I södra regionen: Funktionellt fystest hos fysioterapeut/DT kranskärl/myokardscint				
<b>UTREDNING NJURAR</b>				
GFR: Iohexol eller CrEDTA med 4- punktsmätning och exakt tidtagning			<input type="checkbox"/>	
DT tunna snitt < 1 mm med nativ- artär- och venfas enligt särskilt protokoll frågeställning: Kärlanatomy, parenkym, njurbäckenmorfologi, utsöndring och sidofördelning hö/vä (volym/uppladdning)		Hö %	<input type="checkbox"/>	
		Vä %		
<b>ÖVRIGT</b>				
Gynkonsult om föranledd av oklar anamnes			<input type="checkbox"/>	
Följ den screening som gäller för befolkning i övrigt, ta med svar i utredningen (ex mammografi, cervix, aorta)			<input type="checkbox"/>	
Miktionsflöde och residualurin (bladder) på män > 50 år			<input type="checkbox"/>	