

Checkliste Transplantationsfähigkeit Nierentransplantation

Name: Vorname: Geb. am: PID: <div style="text-align: right; font-size: small;">Etikett</div>
--

Einweiser: _____

Renale Grunderkrankung: _____

Dialysebeginn: _____

Dialysetage und -schicht: _____

Untersuchung	Datum	Bemerkung
1. Administration: Pflicht und nur im Transplantationszentrum		
Anamnese und körperliche Untersuchung		
Aufklärung HIV-Diagnostik		
Aufklärung Nierentransplantation (Diomed-UroN10)		
Vorstellung Transplantations-Büro		
Vorstellung Transplantationschirurgie		
Arztbrief Transplantationsabklärung		
2. Laborchemische Diagnostik: Pflicht und nur im Transplantationszentrum		
NEP AMB Vorbereitung NTx/LNTx		
NEP AMB SU erweitert (Neuvorstellung, Tx-Vorb)		
Virologie (Schein 23):		
- Hepatitis A, B, C		
- Anti-HIV I/II + p24 (ELISA)		
- CMV, EBV, HSV, VZV		
- Lues, Toxoplasmose		
Hämocult-Test (auch von extern möglich)		
3. Transplantationsimmunologie: Pflicht und nur im Transplantationszentrum		
Blutgruppe		
1. HLA-Typisierung		
2. HLA-Typisierung		
Zytotoxische Antikörper		
Erweitert:		
4.1 Apparative Untersuchungen: Pflichtuntersuchungen für alle Patienten		
EKG		
24-Stunden-EKG		
24-Stunden-Blutdruckmessung		
Lungenfunktion mit Diffusionskapazität		

Ersteller: B. Kortus-Götze	Geprüft: T. Maier	Revision: 0	Freigegeben: T. Maier
Datum: 24.09.2008	Datum: 23.06.2014	Datum: 23.06.2014	Datum: 23.06.2014

Myokardszintigraphie		
Röntgen-Thorax in 2-Ebenen		
Sonographie des Abdomens		
Herzultraschall		
Doppler Carotiden		
Doppler-Beine		
4.2 Apparative Untersuchungen: Nach Indikation*		
<input type="checkbox"/> Gastroskopie		
<input type="checkbox"/> Koloskopie		
<input type="checkbox"/> CT Becken/Unterbauch (ggf.Becken-Bein)*		
<input type="checkbox"/> Koronarangiographie		
<input type="checkbox"/> Nebenschilddrüsen Sonographie u. ggf. Szintigraphie		
5.1 Konsile: Pflichtuntersuchungen für alle Patienten		
Augenarzt		
HNO-Arzt		
Hautarzt		
Urologie (Restham, Blasenkapazität, Harnblasenspülzytologie)		
Gynäkologie (Vag.-Sono., PAP-Abstrich, Mammographie o. -Sono.)		
Zahnarzt		
5.2 Konsile: Nach Indikation*		
<input type="checkbox"/> Neurologie		
<input type="checkbox"/> Psychiatrie		
6. Sonstige notwendige Untersuchungen		

***FB Transplantations-Abklärung Indikationsliste Diagnostik**