

Checkliste Spendefähigkeit Lebendnierenspende

<p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geb. am:</p> <p>PID:</p> <p align="right">Etikett</p>

Lebendspende für: _____

Untersuchung	Datum	Bemerkung
1. Administration: Pflicht und nur im Transplantationszentrum		
Anamnese und körperliche Untersuchung		
Aufklärung HIV-Diagnostik		
Aufklärung Lebendnierenspender TxZ MR		
Vorstellung Transplantations-Büro		
Vorstellung Transplantationschirurgie		
2. Laborchemische Diagnostik: Pflicht und nur im Transplantationszentrum		
NEP AMB Vorbereitung NTx/LNTx Spender		
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:		
Erweitert:		
4.1 Apparative Untersuchungen: Pflichtuntersuchungen für alle Spender		
EKG		
24-Stunden-EKG		
24-Stunden-Blutdruckmessung		
Lungenfunktion mit Diffusionskapazität		
Myokardszintigraphie		
Röntgen-Thorax in 2 Ebenen		
Sonographie des Abdomens		

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

 <p>Transplantationszentrum Marburg</p>	<p>Transplantationszentrum Marburg Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH Standort Marburg</p>	<p>FB Checkliste Spendefähigkeit Lebendnierenspende</p>	<p>FB_7_079</p>
--	---	---	------------------------

Herzultraschall		
Doppler Carotiden		
Doppler-Beine		
MR-Angio Aorta, Nieren-, Beckengefäße		
Nierenperfusionsszintigraphie (MAG 3)		
4.2 Apparative Untersuchungen: Nach Indikation		
<input type="checkbox"/> Gastroskopie		
<input type="checkbox"/> Koloskopie		
<input type="checkbox"/> Koronarangiographie		
5.1 Konsile: Pflichtuntersuchungen für alle Spender		
Urologie (Restharn, Blasenkapazität, Harnblasenspülzytologie)		
Gynäkologie (Vag.-Sono., PAP-Abstrich, Mammographie oder -Sono)		
Zahnarzt		
Psychologisches Gutachten		
Kommission Lebendspende - LÄKH		
5.2 Konsile: Nach Indikation**		
<input type="checkbox"/> Augenarzt		
<input type="checkbox"/> HNO-Arzt		
<input type="checkbox"/> Hautarzt		
<input type="checkbox"/> Neurologie		
6. Sonstige notwendige Untersuchungen		

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