



KLINIKUM KÖLN-MERHEIM
TRANSPLANTATIONSZENTRUM
MEDIZINISCHE KLINIK I
OSTMERHEIMER STR. 200
51109 KÖLN
FON: +49-221-8907-3172
FAX: +49-221-8907-3173
e-mail: buero@transplantationszentrum-koeln.de
www.transplantationszentrum-koeln.de

Befundbogen zur Vorbereitung der Nierentransplantation

(Bei Vorstellung bitte 2 Überweisungsscheine f. Transplantationsambulanz und Typisierungslabor mitbringen)

Name: _____

Art d. Versicherung: **gesetzlich**
 Mitglied Familie Rentner Rentner Familie
Wahlleistung Chefarzt ja nein

Vorname: _____

Art d. Versicherung: **privat**
Wahlleistung Chefarzt ja nein

Familienstand: verheiratet geschieden ledig
 verwitwet eingetr. Lebensgem.

Versicherte Person: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

VK-Nr. _____

PLZ / Ort: _____

Mitglieds-Nr. : _____

Telefon privat _____

Straße _____

Telefon mobil _____

PLZ / Ort _____

Ort: _____

Datum: _____

Dialysezentrum:
(Stempel)

Lebendspende geplant: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Spenders:

Der Patient ist nach ersten Informationen durch mich mit der Durchführung einer Nierentransplantation einverstanden.

Unterschrift: (Dialysearzt)

(Name in Druckbuchstaben)

I. DIAGNOSEN

1) Grunderkrankung

(bitte Diagnoseschlüssel verwenden)

histologisch gesichert: ja nein (bitte ggfls. Histologie beifügen) **1. Dialyse am:** _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

Patient ist gut mäßig schlecht für die Transplantation geeignet.

Frühere Transplantation ja nein am: _____ Transplantationsseite re li
 Funktionsverlust ja nein am: _____ Nephrektomie ja nein am: _____
 Bluttransfusionen ja nein Anzahl: _____ letzte Transfusion ja nein am: _____
 Blutgruppe A B AB 0 pos neg Buchungsnummer _____
 Schwangerschaften ja nein Anzahl: _____

HBs AG neg pos Datum: _____
 HBs AK neg pos Datum: _____
 Z.n. Hepatitisimpfung ja nein Datum: _____ (Patienten müssen vor TP unbedingt geimpft sein!)
 HBc AK neg pos Datum: _____
 HCV AK neg pos Datum: _____ Bei positivem Befund keine weiteren Kontrollen in der Zukunft erforderlich
 HCV-PCR neg pos Datum: _____ Nur einmalig – auch bei negativem HCV-AK. Kann ggfls. auch im TPZ bestimmt werden.
 CMV AK (IgG) neg pos Datum: _____ Bei positivem Befund keine weiteren Kontrollen in der Zukunft erforderlich
 HIV-AK neg pos Datum: _____
 Thrombophiliediagnostik auffällig ja nein spez.: _____

V. KLINISCHER STATUS (insbesondere Gefäßstatus)

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Augenhintergrund (fakultativ, insbesondere b. arterieller Hypertonie)

HNO-Status (fakultativ)

Zahnstatus (fakultativ)

VI. ZUSATZUNTERSUCHUNGEN

1. OBLIGATE UNTERSUCHUNGEN

a) Rö-Thorax (nicht älter als 6 Monate)

b) Abdomenleeraufnahme (Gefäßverkalkungen)

c) EKG

d) Echokardiographie (insbesondere Kontraktilität und Klappenmorphologie)

e) OBS

f) Dopplersonographie, Becken/Beinstrombahn (mit Flussspektrum)

Zur Zusammenfassung bitten wir um Beantwortung folgender Punkte:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Patient ist älter als 50 Jahre | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Nicht-renale Grunderkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Obstruktive Uropathie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Harnwegsinfekte seit Dialysebeginn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Chron. HNO-Infekte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Tuberkulose in der Anamnese | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Verkalkte Lungenherde | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Rezidivierende fieberhafte Infekte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Fundus hypertonicus III / IV | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Gefäßgeräusche in der Leistenregion | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Perikarditisanamnese | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Hepatitisanamnese | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Andere Leberfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Gastritis-Ulkusanamnese | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 18. Hypertriglyceridämie über 300 mg/% | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 19. Adipositas | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 20. Frühere abdominelle/inguinale Operationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 21. Psychotische Reaktionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 22. Milz tastbar | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 23. Leukozyten unter 5000 mm ³ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 24. Drogenanamnese | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 25. Alkoholanamnese | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 26. Nikotinanamnese | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Besonderheiten

ERKLÄRUNG DES PATIENTEN

(Diese Erklärung ersetzt nicht das Aufklärungsgespräch im Transplantationszentrum)

Ich,, wurde durch Frau/Herrn Dr. med.

über die geplante Nierentransplantation informiert.

Insbesondere wurde ich auf Folgendes hingewiesen:

- Nicht jede transplantierte Niere funktioniert
- Das Sterberisiko nach einer Nierentransplantation liegt im ersten Jahr zwischen 2 und 4 %.
- Die Transplantation ist ein relativ großer Eingriff mit erhöhtem Thrombose- und Embolierisiko. Bei schwierigen Operationsverhältnissen kann es zu einer Verletzung des Darmes sowie des Samenstranges kommen. Daneben ist eine Schädigung der Beinnerven möglich.
- Die Transplantation erfordert eine konsequente Nachbehandlung. Es müssen auf Dauer Medikamente eingenommen werden, die die körpereigene Abwehr vermindern, damit die übertragene Niere nicht abgestoßen wird. Diese Medikamente können insbesondere als Nebenwirkung eine erhöhte Gefährdung durch Infektionen, insbesondere Virusinfektionen und Pneumonien sowie Blutungen aus dem Verdauungstrakt bewirken. Infolge der Medikation kann es zu einer Beeinträchtigung des Zuckerstoffwechsels und Knochenveränderungen kommen. Ferner besteht eine vermehrte Gefährdung durch Herzinfarkte; die Entstehung von Tumoren kann begünstigt werden. Eine Zunahme der Körperbehaarung sowie Zahnfleischwucherung wird in unterschiedlicher Ausprägung beobachtet. Auch eine Nebenwirkung auf das Nervensystem ist beobachtet worden (Nervenstörungen, Krampfanfälle).
- Nach jeder Nierentransplantation kann es zu einer sogenannten Abstoßungsreaktion mit Fieber, Blutdruckanstieg und schlechtem Allgemeinbefinden kommen. Ich muss damit rechnen, dass bei einer anhaltenden Abstoßungsreaktion die Niere wieder entfernt werden muss.

Mit ist klar, dass es nicht möglich ist, eine komplikationslose Behandlung zu versprechen. Ich bin in der Kenntnis dieser Situation bereit, die Transplantation durchführen und mich zu jeder Tages- und Nachtzeit abrufen zu lassen.

Ich wünsche die Einleitung aller notwendigen Maßnahmen zur Vorbereitung einer Nierentransplantation. Dazu gehört auch die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten einschließlich Gewebetypisierungsmuster etc. an EUROTRANSPLANT oder andere Organisationen, die sich mit der Optimierung der Ergebnisse von Nierentransplantationen beschäftigen. Auch einer wissenschaftlichen Auswertung der Transplantationsergebnisse wird zugestimmt, wobei die jeweils gültigen Rechtsvorschriften Berücksichtigung finden.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt, insbesondere wurde mir der technische Ablauf der Transplantation einschließlich Vor- und Nachbehandlung hinreichend dargestellt.

....., den

(Unterschrift Patient)

(Unterschrift Arzt)