

Checkliste für die Aufnahme auf die Warteliste zur Nierentransplantation

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum		
Bitte Zutreffendes in den nebenstehenden Feldern ankreuzen.		Besonderheiten	Bemerkung/Datum	
<b>Allgemeines</b>				
<input type="checkbox"/>	Anamnese, Familienanamnese	X		
<input type="checkbox"/>	Tumoranamnese	X		
<input type="checkbox"/>	Derzeitige Medikation	X		
<b>Technische Untersuchungen</b>				
<input type="checkbox"/>	Röntgen NNH		Bei positiver Anamnese	
<input type="checkbox"/>	Röntgen-Thorax	X		
<input type="checkbox"/>	Lungenfunktionsdiagnostik		Nur bei anamnest. od. bek. Lungenerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Ruhe-EKG	X		
<input type="checkbox"/>	Echokardiographie	X		
<input type="checkbox"/>	Belastungs-EKG, wenn nicht möglich oder nicht aussagekräftig → → Streßechokardiographie / Myokardszintigraphie	X		
<input type="checkbox"/>	Coronarangiographie		- 30 J. bei Diabetes mellitus I, - auffällige Belastungsunters. - Typ II Diabetes: individuelle Entscheidung	
<input type="checkbox"/>	cMRT in TOF-Technik		bei familiären Zystennieren	
<input type="checkbox"/>	Abdominelle Sonographie	X		
<input type="checkbox"/>	Gastroskopie		Bei positiver Anamnese	
<input type="checkbox"/>	Coloskopie		> 50 J.	
<input type="checkbox"/>	Test auf okkultes Blut	X		
<input type="checkbox"/>	Duplex Becken-Bein	X		
<input type="checkbox"/>	Duplex Carotiden		> 40 J., Risikofaktoren	
<input type="checkbox"/>	Dermatologische Stellungnahme	X		
<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Stellungnahme (inkl. Zervixzytologie)	X	> 20 J.	
<input type="checkbox"/>	Mammographie		> 40 J.	
<input type="checkbox"/>	Urologische Stellungnahme (inkl. PSA)	X		
<input type="checkbox"/>	Zahnärztliche Stellungnahme	X		
<b>Laboruntersuchungen</b>				
<input type="checkbox"/>	Routinelabor, Serumelektrophorese, PTH	X		
<input type="checkbox"/>	HBsAg, wenn pos: PCR; AntiHBs, AntiHBc	X		
<input type="checkbox"/>	Anti-HCV, wenn pos: PCR	X		
<input type="checkbox"/>	CMV, EBV, HSV, VZV (jeweils: IgG u. IgM), HIV	X		
<input type="checkbox"/>	Thrombophilescreening bei rez. thrombembol. Ereignissen	X		
<b>Immunologische Angaben</b>				
<input type="checkbox"/>	Kopie Blutgruppenausweis	X		
<input type="checkbox"/>	HLA (A, B, DR)	X		
<input type="checkbox"/>	Lymphozytotoxische Antikörper (PRA = panel reactive antibodies)	X		
<b>Sonstiges</b>				
<input type="checkbox"/>	4 Einwilligungserklärungen (Daten / Listung / Kooperation / TX-Register)	X		
<input type="checkbox"/>	Chirurgische Aufklärung	X		
<input type="checkbox"/>	Aufklärung ESP (Pat. älter 65 J.)	X		
<input type="checkbox"/>	Vorstellung im TPZ	X		
<input type="checkbox"/>	Impfstatus: Diphtherie/Tetanus/Polio/Pertussis, Hepatitis B Masern, Mumps, Röteln (Lebendimpfstoff), Pneumokokken	X		