

Vorabklärung für Lebendnierenspende

1. Potentieller Spender / potentielle Spenderin

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ, Ort _____
Tel. Nr. (privat) _____
Tel. Nr. (Natel) _____
Tel. Nr. (Geschäft) _____
Email _____
Krankenkasse _____
Beziehung / Verwandtschaft
zu Empfänger _____
Blutgruppe Spender _____

2. Empfänger / Empfängerin

Name, Vorname _____
Blutgruppe Empfänger _____

3. Allgemeine persönliche Anamnese des Spenders (relevante Vorerkrankungen, operative Eingriffe)

Geburtsgewicht des Spenders: _____ kg Schwangerschaften / Aborte: _____

4. Renale Anamnese

Familiäre Nephropathien	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Miktionsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Urinabnormitäten	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Nephrolithiasis	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Zystitiden / Pyelonephritiden	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Chron. Schmerzmittelkonsum	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein

5. Systemanamnese

Reduziertes Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Dyspnoe	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Thoraxschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Claudicatio	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Gastrointestinale Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein

6. Soziales

Beruf, Arbeitsfähigkeit _____
Zivilstand, Kinder _____

7. Status

AZ: _____ Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ Bauchumfang: _____ cm

RR links sitzend: _____ / _____ mmHg RR rechts sitzend: _____ / _____ mmHg Puls: _____ / min

8. Systemanamnese

Herz-Kreislauf

normale Herztöne keine Geräusche Pulsstatus normal

Pathologische Befunde: _____

Lunge

Eupnoe normaler Klopfeschall Vestikuläratmen

Pathologische Befunde: _____

Abdomen

weich, indolent keine Hepatomegalie Nierenlogen frei, indolent Darmgeräusche normal

Pathologische Befunde: _____

Varia

keine palpablen Lymphknoten Haut ohne Befund Gelenke kursorisch ohne Befund

Pathologische Befunde: _____

9. Labor

Hämatologie:

Hämoglobin _____

Leukozyten _____

Thrombozyten _____

Chemie:

Natrium _____

Kalium _____

Kreatinin _____

Harnstoff _____

Glucose **nüchtern** _____

HbA_{1c} _____

Triglyceride _____

LDL _____

HDL _____

Urinstatus:

Spez. Gewicht _____

pH _____

Nitrit _____

Protein _____

Glukose _____

Keton _____

Albuminurie ja nein

Erythrozyten _____

Leukozyten _____

Sediment _____

10. Ultraschall Nieren / Blase obligatorisch:

	Rechte Niere		Linke Niere	
Länge und Breite	_____ cm		_____ cm	
Parenchyembreite	_____ cm		_____ cm	
Parenchymstruktur	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nicht normal		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nicht normal	
Raumforderungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Zysten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Pyelonreflex	<input type="checkbox"/> kompakt <input type="checkbox"/> dilatiert		<input type="checkbox"/> kompakt <input type="checkbox"/> dilatiert	
Blase	_____			
Kommentar	_____			

Untersucher: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____

Bitte dieses Formular mit den Unterlagen des Empfängers und einem Zuweisungsschreiben an Dr. Kerstin Hübel an folgende Adresse senden:

Universitätsspital Zürich, Lebendspendekoordination, OST-U-57
Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich;
Tel: +41-44-255 30 20, Fax: +41-44-255 40 20; Email: lebendspende@usz.ch