

SAMMANFATTNING AV LEVERTRANSPLANTATIONSUTREDNING

Inrem läk: _____ Pat id: **Namn:** _____

Sjukhus: _____ **Personnummer:** _____

Datum remiss: _____ Datum ankomst: _____

Diagnos: Primär: _____ NLTR-kod: _____

Sekundär: _____ NLTR-kod: _____

Aktuella problem: _____

Övriga sjukdomar: _____

Längd: _____ cm **Vikt:** _____ kg **BMI:** _____ kg/m² **Blodgrupp:** _____

MELD och CPS:

Ascites: Nej Lätt Svår **Encefalopati:** Nej I II III IV

Bilirubin: _____ µmol/L **PK-INR:** _____ **Alb.:** _____ g/l **Krea:** _____ µmol/L _____ (Datum)

MELD-poäng: _____ **Child-Pugh Score:** _____

Övriga komplikationer:

Varicer: Ja Nej **Varicerblödning:** Ja Nej

SBP: Ja Nej **Portopulmonell Hypertoni:** Ja Nej

HRS: Ja Nej **Hepatopulmonellt Syndrom.:** Ja Nej

Hepatit A:

HAV IgG: pos neg _____

Hep-A Vacc.: ej akt. ja nej _____

Hepatit B/D:

anti-HBs: pos neg _____

anti-HBc: pos neg _____

HBs-AG: pos neg _____

HBV-DNA: _____

anti HDV: ej akt. pos neg _____

Hep-B Vacc.: ej akt. ja nej _____

Hepatit C:

anti HCV: pos neg _____

HCV-RNA: _____

HCV Genotyp: _____

Övrig virologi:

HIV serologi: pos neg _____

VZV IgG pos neg _____

VZV Vacc.: ej akt. ja nej _____

Influensavacc.: ja nej _____

***CMV IgG:** pos neg _____

EBV IgG: pos neg _____

Morbilli IgG pos neg _____

Morb Vacc.: ej akt. ja nej _____

Pneumokokkvacc.: ja nej _____

Annan biokemi:

Na _____ mmol/L **Urea** _____ mmol/L **Hb** _____ g/L **TPK** _____ 10⁹/L _____

ASAT _____ µkat/L **ALAT** _____ µkat/L _____

Tumörmarkör: AFP _____ µg/L _____ **CA 19-9** _____ kU/L _____ **CEA** _____ µg/L _____

UL-lever: _____
_____ (Datum)

CT-lever: _____
_____ (Datum)

MR-lever: _____
_____ (Datum)

SAMMANFATTNING AV LEVERTRANSPLANTATIONSUTREDNING

B-PEth:	Värde								
	Datum								

GFR: _____ ml/min/1,73m² CrEDTA Iohexol _____ (Datum)

EKG: _____ (Datum)

UCG: _____ (Datum)

Arbets-EKG: Max. belastning: _____ Max puls: _____ Avbrott: _____

Ischemitecken: _____ (Datum)

Myokardscint: _____ (Datum)

Koronarangio: _____

_____ (Datum)

Rtg-pulm: _____ (Datum)

CT-thorax: _____ (Datum)

Spirometri: FEV1: _____ VC: _____ FEV1%: _____ DLCO: _____

Tolkning: _____ (Datum)

Gastroskopi: _____ (Datum)

Koloskopi: _____ (Datum)

DXA: _____ (Datum)

Tandläkare: _____ (Datum)

Övrigt: _____ (Datum)

_____ (Datum)

_____ (Datum)

_____ (Datum)

Följande konsulters genomförs under bedömning vid Transplantationscentrum:

- Narkosbedömning (Drop-in mottagning) _____ (Datum)
- Nordhemskliniken (riskpatienter, remiss krävs) _____ (Datum)
- Kirurgbedömning _____ (Datum)
- Sjukgymnastbedömning _____ (Datum)
- Dietist (vid behov) _____ (Datum)
- Förnyad ultraljud lever (remiss krävs) _____ (Datum)

Konferensbeslut: Acceperad LTx _____ (Datum)

Acceperad LTx + _____ _____ (Datum)

Ytterligare utredning _____ (Datum)

Avböjd _____ (Datum)

Ansvarig läkare: _____ (Konferensdatum)