

Questionario: Insufficienza renale e trapianto

Cliente

Cognome
Strada
Sesso
Data di nascita
Numero del cliente

Nome
NPA / Località
Tel.
eMail
N. della proposta

Le informazioni raccolte per mezzo di questo documento saranno trattate con la massima confidenzialità e sono soggette alle regole deontologiche sul rispetto del segreto professionale.

Se richiesto, la preghiamo di selezionare le caselle pertinenti e di aggiungere un commento o indicare la data in corrispondenza delle risposte affermative. **Non è necessario convocare il paziente.**

Altezza: cm peso: kg data:
Pressione arteriosa: mmHg sistolica / mmHg diastolica data:
Tabagismo: no sì Se sì, di che tipo? Quantità giornaliera? E-sigarette: no sì
Ex fumatore: no sì Da quando?

Causa dell'insufficienza renale

Data della diagnosi della malattia:
 malattia renale primitiva, quale?
 malattia sistemica, quale?
Malattia di origine: non glomerulare glomerulare
Indicare il tipo esatto:
 diabete di tipo 1 diabete di tipo 2
 altra eziologia, quale?

Esami

esami del sangue data:
 creatinina sierica µmol/l
 glucosio a digiuno mmol/l
 HbA1c %
 colesterolo totale mmol/l
 colesterolo HDL mmol/l
 trigliceridi mmol/l
 enzimi epatici: ASAT: mmol/l ALAT: mmol/l
Gamma-GT: mmol/l
test HIV? negativo positivo
 emoglobina g/l
 leucociti g/l
 sodio mmol/l
 potassio mmol/l
 bicarbonato mmol/l
 fosfati mmol/l
 altri:
Urografia ev: no sì Esito: data:
Cistoscopia: no sì Esito: data:
Biopsia renale: no sì Esito: data:

Esito dell'analisi delle urine

Data:

GFR: ml/min/1.73m²

stimato con: CKD-EPI MDRD
 Cockcroft-Gault

creatinina mmol/l

albumina mg/l

proteina mg/l

rapporto P/C mg/mmol

rapporto A/C mg/mmol

glucosio mmol/l

ematuria negativo +

++ o più

leucociti negativo +

++ o più

eritrociti / μ l

/campi

sedimento

altri

Trattamenti

Medicinali:

no sì

Quali?

Dosaggio?

Da quando?

Dialisi:

no sì

Inizio della dialisi:

Complicazioni:

no sì

Se sì, quali?

Altri trattamenti a lungo termine:

no sì

Se sì, quali?

Trapianto renale:

no sì

Numero di trapianti:

Data dell'ultimo trapianto: (mese/anno)

Se programmato, data:

Donatore in vita:

no sì

Età del donatore al momento del trapianto:

Parente:

no sì

Evoluzione postoperatoria

Rigetto: no sì

data:

Trattamenti:

Segni di rigetto cronico o glomerulonefrite dell'organo trapiantato:

no sì

Data dell'ultima biopsia:

Esito dell'ultima biopsia:

Commenti:

Evoluzione postoperatoria

Episodi di infezione grave o di sepsi:

no sì data:

Complicazioni vascolari renali

stenosi significativa o occlusione dell'arteria renale

altri:

Trattamenti:

Funzionalità dell'organo trapiantato

Qualità e stabilità della funzionalità:

buona subottimale ridotta stabile in via di miglioramento
 in via di peggioramento

Dialisi nuovamente necessarie:

no sì date:

Trattamento immunosopp. a lungo termine:

no sì

Se sì, quale? (medicamento):

Da quando?

Effetti secondari del trattamento:

Se no, motivi:

Compliance del trattamento:

buona cattiva

Altre malattie:

Coronaropatia

Complicazioni vascolari

Ipertensione

Diabete

Altre:

Altre osservazioni

La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.