

OEDTR FRAGEBOGEN

OEDTR-nummer:

Eurotransplant-NR(ET):

Familienname:

Vers.nummer:

(ohne Titel)

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsland: siehe Kodeliste: Österreich=AT

Geburtsdatum: (M/W):

PLZ (Wohnort):

Ren. Grundleiden: kodiert: Freier Text

Komorbidität (ALLE Pat)

Beginn:

Kontrolle:

BITTE: 0 eintragen, wenn unzutreffend!

- a. Diabetes mellitu
- b. Hochdruck
- c. Herzerkrankung
- d. Neoplasien
- e. chron Leber-KH
- f. vaskulär
- g. COPD

DM: 0=kein DM, 1=Typ-1, 2=Typ-2, 3=sek DM 4=unspezifisch
 HOCHDRUCK: Anzahl der Substanzklassen
 HERZ-KH: 1=KHKdokumentiert 2=MCI/inst AP 3=Herzinsuff, 4=andere, 0=KEINE
 NEOPLASIE: 0=keine, 1=solider Tumor, 2=andere TU
 LEBER-KH: 0=keine, 1=alkohol, 2= viral, 3=andere/Kombination
 GEFÄß-KH: 0=keine, 1=cer/vask, 2=peripher
 COPD: 0=keine, 1= COPD

Größe (cm):

--	--	--	--

--	--	--	--

Gewicht (kg):

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Behandlungscode:

Pat erstmals in chron NET? Ja: Nein:

Behandlungsart und Behandlungswechsel

Code: T T M M J J Zentrums-Code:

- UU Therapie unbekannt
- A1 HD im Spital (Zentrums-HD)
- A2 HD im Zentrum (NICHT-Spital)
- A3 HD zu Hause
- A4-6 HF (analog A1-3)
- A7-9 HDF(analog A1-3)
- B1 CAPD
- B2 CCPD/APD
- B3 IPD im Spital
- B4 IPD zu Hause
- C1 TPL-Leichenniere
- C2 TPL-Zwilling
- C3 TPL-lebend von Verwandten
- C4 TPL-lebend NICHT blutsverwandt
- C5 TPL-KOMBINATION mit and Organ
- C6 TPL-KOMBINATION mit and Organ lebend
- CF TP-funktion ausreichend
- CX irreversibles TPL-versagen
- D Wiedereinlangung der Funktion (EIGENE Nieren)
- E "lost to follow up"
- K konservativ (zB nur Warteliste zur TPL)
- MC minimal care, Therapieabbruch
- XX Exitus
- IN Pat kommt von anderem Zentrum
- OU Pat wird verlegt

Therapie am Stichtag, "Date last seen":

Code: T T M M J J Zentrums-Code:

--	--	--	--	--	--	--	--

D + Transplantationspatient:

Krea(mg%): Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Sterbedaten:

St-Code: T T M M J J Zentrums-Code:

--	--	--	--	--	--	--	--

TPNr

Immunsuppression:

Verlust:

Der/Die Unterzeichnete bestätigt mit Unterschrift, daß der(die) Patient(in) eine Einverständniserklärung unterzeichnet hat und der Datenübermittlung an das ÖDTR zustimmt.

Datum:..... Name: Unterschrift: