



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Transplantationszentrum

## Lebertransplantations-Pass

Patienten-Etikett

Im Falle eines Notfalles/ einer stationären Aufnahme bitte sofort die Transplantations-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf verständigen

Klini

k und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie  
und Transplantationschirurgie

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise für jeden Nachsorgetermin:**

**Bringen Sie diesen Pass bitte zu jedem Nachsorge-Termin mit!**

1. Bitte nehmen ihr Sandimmun, Prograf, Certican bzw. Rapamune am Tag der Ambulanzvorstellung nicht ein! Alle anderen Medikamente können eingenommen werden.
2. Zur besseren Erreichbarkeit möchten wir Sie bitten sich einen Anrufbeantworter und ggf. ein Handy anzuschaffen und uns regelmäßig über Änderungen der Nummern zu informieren.
3. Bitte bringen Sie einen gültigen Überweisungsschein vom Hausarzt oder Ihre Krankenkassenkarte mit!
4. Führen Sie bitte zur Vorstellung in der Ambulanz immer einen **aktuellen** Medikament-Plan mit.
5. Sollten seit der letzten Vorstellung Untersuchungen durch Ihren Hausarzt, andere Fachärzte oder Krankenhäuser erfolgt sein bringen Sie bitte die Befunde mit.
6. Bitte klären Sie die Fahrkostenrückerstattung **vorher** mit Ihrer Krankenkasse ab!
7. Falls ein CT geplant ist, bringen Sie bitte folgende Laborwerte vom Hausarzt mit: Kreatinin und TSH.
8. Wenn ein 24h-Sammelurin geplant ist beachten Sie bitte die Hinweise im Anhang 3.
9. Bringen Sie sich ggf. etwas zu essen und zu trinken mit!

Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie

Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Direktor: Prof. Dr. med. Björn Nashan

Transplantations-Ambulanz (Ambulanzzentrum des UKE GmbH)

Ärztliche Leitung: Prof. Dr. Martina Sterneck

Telefon: +49 (0)40 7410 27908

Telefax: +49 (0)40 7410 40028

**Grunddiagnose:**

**Lebertransplantation am:**

**Re-Transplantation am:**

**Art der LTX:**

Vollorgan

Re-Split

Re-erweiterter Split

Links-Split

Lebendspende

**Nieren-TX:**

ja

nein

**Gallenganganastomose:**

**End-zu-End:**

ja

nein

**biliodegestiv:**

ja

nein

**CMV Status:**

Empfänger + -

Spender + -

**HCV Status:**

Empfänger + -

Spender + -

**HBV Status:**

Empfänger + -

Spender + -

**EBV Status**

Empfänger + -

## Infektionen/ Besiedlung mit Krankenhauskeimen

Keime/ Erreger:

Datum/Start:

Datum/ Stopp:

Lokalisation:

Keime/ Erreger:

Datum/Start:

Datum/Stopp:

Lokalisation:

Keime/ Erreger:

Datum/Start:

Datum/Stopp:

Lokalisation:

Keime/ Erreger:

Datum/Start:

Datum/Stopp:

Lokalisation:

Keime/ Erreger:

Datum/Start:

Datum/Stopp:

Lokalisation:

## Weitere Diagnosen

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_

14. \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_

16. \_\_\_\_\_

**Teilnahme an klinischer Studie:**

Titel:

Start:

Ende:

**Teilnahme an klinischer Studie:**

Titel:

Start:

Ende:

**Teilnahme an klinischer Studie:**

Titel:

Start:

Ende:

## Allergien

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_





Datum:

geplant im UKE

durchgeführt

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Vorstellung Leberambulanz | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Labor                     | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> 24h-Sammelurin            | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall               | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Abd.-CT                   | <input type="radio"/> |
| _____  | <input type="radio"/> |
| _____  | <input type="radio"/> |
| _____  | <input type="radio"/> |

Zielspiegel für Sandimmun / Prograf/ Certican / Rapamune:

**Besonderheiten:**

\_\_\_\_ Jahr nach Transplantation **ca. 5 Seiten**

Datum:

geplant im UKE	durchgeführt
<input type="checkbox"/> Vorstellung Leberambulanz	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Labor	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 24h -Sammelurin	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Abd.-CT / Thorax-CT	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> MRT / MRCP	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Dermatol. Ambulanz	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Rö.-Thorax	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/>

**Zielspiegel für Sandimmun® / Prograf® / Certican® / Rapamune®:**

**Bitte über den Hausarzt veranlassen:**

<input type="checkbox"/> Gynäkologe / Urologe	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Belastungs- EKG	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 24h- Blutdruckmessung	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Grippe-/ Pneumokokken-Impfung	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="radio"/>

5 Seiten zur jeden Jahreskontrolle

Datum der BQS-relevanten Transplantation:

Datum Jahreskontrolle:

Patienten-Etikett

**Transplantations-assoziierte Folgeerkrankungen:**

Ja

Nein

Wenn ja:

Malignom

Ja

Nein

HCC-Rezidiv

Ja

Nein

Hepatitis-Reinfektion

Ja

Nein

Akute/ chron. Rejektion

Ja

Nein

Behandlungsbedürftige Infektion

Ja

Nein

Sonstige:

Ja

Nein

Retransplantation

Ja

Nein

Datum der Re-LTx

Indikation:

Unterschrift:

Name leserlich

### Intervall der Nachsorge:

Im Allgemeinen würden wir empfehlen, Nachuntersuchungen in folgenden Abständen durchzuführen.

Entlassung – 3 Monate	post transplant	1-2x wöchentlich
3 Monate – 9 Monate	post transplant	alle 1-3 Wochen
9 Monate – 12 Monate	post transplant	alle 4-6 Wochen
1.Jahr – 2. Jahr	post transplant	alle 4 Wochen Kontrolle
ab 2. Jahr	post transplant	alle 6 – 12 Wochen

### Empfohlene Routinelaboruntersuchungen:

- Cyclosporin- / Prograf-® (Tacrolimus oder FK 506)/ Certican-® (Everolimus)/ Rapamune® (Sirolimus) -Spiegel
- Blutbild
- Kalium, Natrium, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure
- GOT, GPT, GGT, Bilirubin (direkt und gesamt)
- Glukose
- CRP
- Bei HBV: Anti-HBs, HBV PCR, HBsAg
- Evt. Chol., Triglyceride

### Merkzettel zur Bestimmung der Nierenfunktion mittels 24h- Sammelurin

Lassen Sie sich bitte von uns ein Urinsammelgefäß mitgeben sowie ein kleines Röhrchen zum Abfüllen der Urinprobe.

Sie sollten den gesamten Urin für 24 Stunden in dem Gefäß sammeln. Beginnen Sie mit dem ersten Morgenurin. **Am folgenden Tag wird nur der Urin der Nacht, jedoch nicht mehr der Urin morgens in das Sammelgefäß gegeben!** Es ist wichtig das jede Urinportion gesammelt wird, ansonsten ist der Test nicht verwertbar. Sollte das Sammelgefäß nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein zusätzliches sauberes Gefäß zum sammeln. Bitte notieren Sie die exakte Sammelmenge, füllen Sie nach dem Durchschwenken des gesamten Urins eine kleine Probe in das mitgegebene Röhrchen. Diese Probe müssen Sie bei uns abgeben. Den Rest des Urins können Sie verwerfen. Bitte heben Sie da Sammelgefäß für weitere Untersuchungen auf. Am Tag der Abgabe des Urins muss auch eine Blutentnahme erfolgen.

## Notizen

Optional, oder Rückseite