

BIOPSIE

Elektronenmikroskopie Tel. 044 255 34 41

Histopathologie Tel. 044 255 25 29

Nierenbiopsie

Datum der Entnahme: _____

Entnahmezeit: _____

Schnelldiagnose am gleichen Tag: ja nein

Anamnese (Familien- und persönliche Anamnese):

Status (Blutdruck, Ödeme usw.; Grösse und Gewicht):

Diabetes: ja nein

Laborbefunde (SI-Einheiten):

Blut/Plasma: _____ Urin: _____

Hb (g/dl): _____ Urinvolumen (ml/24h): _____

Lc (x 10⁹/l): _____ Protein (g/24h): _____

Protein (g/l): _____ Ec (GF): _____

Albumin (g/l): _____ Lc (GF): _____

Harnstoff (mmol/l): _____ Zylinder: _____

Kreatinin (µmol/l): _____ hyaline: _____

eGFR (ml/min): _____ granulierte: _____

Ec-Zylinder: _____

Immunologie: _____ Bence-Jones-Protein: _____

C₃ (g/l): _____ C₄ (g/l): _____ Leichtketten: _____

Autoantikörper: antinukleäre: _____ Anti-native DNS: _____

ANCA: _____ Titer; P-ANCA (E/ml): _____ C-ANCA (E/ml): _____

Medikamente: _____

Nierengrösse/Ultraschallbefund: _____

Klinische Diagnose/Differentialdiagnose/Fragestellung: _____

Patient

Pat.-Nr _____

Fall-Nr _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ _____ Wohnort _____

Geb.-Datum _____

männlich weiblich unbekannt

Rechnung an Patient Auftraggeber

Andere: _____

Name und Adresse des **einsendenden Arztes/Spitals:**

Institution _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____

Befundkopie an:

Institution _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____

Bitte freilassen

Angaben bei
TPL-Biopsie
siehe Rückseite

Nierentransplantat-Biopsien

Datum:	_____
Patient:	_____

Grundleiden: _____

TPL-Datum: _____ Ersttransplantat 2. 3.

Leichenniere Lebendspende ABO-inkompatibel

Nullbiopsie vorhanden? ja nein

Klinik: Blutdruck: _____ / _____ mm Hg

Proteinurie +/-/+ / 24h: _____ g / 24h

Hämaturie: _____

Diabetes: ja nein

Plasma-Kreatinin-Verlauf: 1. _____ µmol/l Datum: 1. _____

2. _____ µmol/l Datum: 2. _____

3. _____ µmol/l Datum: 3. _____

Calcineurin-Inhibitor _____ ng/ml Datum: _____

nach TPL primär funkt. Transplantat: ja nein

Nachweis von DSA (praeformiert / de novo): _____

Infektionen zum Zeitpunkt der Biopsie oder während des letzten Monates:

CMV ja nein

CMV-Konstellation: D R

BK ja nein

andere ja nein

Abstoßungsbehandlung unmittelbar vor Biopsie:

Prednison-Grammstöße ja nein

andere: _____

Basis-Immunsuppression:

Prednison

Azathioprin

Ciclosporin

Tacrolimus

Mycophenolat

Rapamycin

Belatacept

Dialysebehandlung zum Zeitpunkt der Biopsie: ja nein

Klin. Fragestellung: ATN

Medikamenten-Nebenwirkung

Abstoßungsreaktion

andere: _____

Schnelldiagnose: Tel. _____

