

Pathologie

Patientenblatt für Eigenniere

Universitätsspital Basel
Pathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 27 57, Fax +41 61 265 31 94



Name, Vorname, Ledigennamen		Genaueres Geb.-Datum TT MM JJ □ □ □ □ □ □			Geschlecht M W □ □				
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)									
<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> ambulant		Pat.-ID:		Fall-Nr.:			
<input type="checkbox"/> 3. KI <input type="checkbox"/> 2. KI <input type="checkbox"/> 1. KI		<input type="checkbox"/> privat		<input type="checkbox"/> Selbstz. <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV		Kr.K-Nr.:			
Datum der Entnahme:		Stempel, Unterschrift, Tel-Nr. und Fax des einsendenden Arztes/Spital →							
Frühere Untersuchungen (Nr. oder Jahr):									
Kopie(n) an:									

Klinische Daten (für Labor- und Urinwerte bitte Rückseite beachten)

(dieses Feld nicht ausfüllen)

Biopsie-Datum: _____

Grundleiden: _____

Verdachtsdiagnose: _____

Nierenkrankheit bekannt (seit wann): _____

Familiäre Nierenleiden bekannt? ja nein

Wenn ja, bitte spezifizieren:

.....

Krankheitsverlauf: akut chronisch unbekannt

Nierenversagen: rasch fortschreitend akut chronisch nein

Klinische Symptome: Urämie Ödeme Anämie Hämoptyse Arthralgie Fieber
 Flankenschmerzen Mikrohämaturie Makrohämaturie Proteinurie

Hypertonie: ja nein BP medikamentös kontrolliert

Blutdruck:/..... mmHg

Andere Krankheiten: DM Typ 1 DM Typ 2, Beginn des DM:/Jahr

Maligner Tumor Rheumatische Krankheit Drogenabusus

bakterielle Infektion virale Infektion Schwangerschaft

Bitte spezifizieren:

IF

EM

Therapie: Dialyse Plasmapherese Steroide Immunsuppression
 NSAID Diuretika ACE-Inhibitor Betablocker
 ARB Renin-Hemmer Ca-Antagonist Lipidsenker
Andere, bitte spezifizieren:

Andere Erkrankungen: Herz Arterien Lunge MDT Leber Blut Augen/Ohren

Grösse: cm, **Gewicht:** kg

Labordaten

Serum / Blut

Thrombozyten: niedrig hoch normal/l

Hämoglobin: g/dl oder mmol/l

Kreatinin: mg/dl oder µmol/l

Protein: g/dl

Albumin: g/dl

Cholesterin: mg/dl oder mmol/l

Kreatinin-Bestimmung: ml/min, bestimmt: 24h Urin Formel

ANCA: C (PR3) P (MPO) negativ nicht bestimmt (nb)

ANA: positiv negativ nb

Anti-ds DNA: positiv negativ nb

ENA: positiv negativ nb
Bitte spezifizieren:

Anti-GMB: positiv negativ nb

Komplement: C3: niedrig normal nb **C4:** niedrig normal nb

Kryoglobuline: positiv negativ nb
Bitte spezifizieren:

Paraprotein: positiv negativ nb
Bitte spezifizieren:

Anti-SLT (ASOT): positiv negativ nb

Infektionen: Hepatitis B Hepatitis B HIV EBV CMV Hantavirus
 Andere, bitte spezifizieren:

Urin

Volumen: ml/24h Anurie Oligurie Normal Polyurie

Proteinurie: g/24h oder g/g Kreatinin, mg/mmol Kreatinin
 Mikroalbuminurie Ø / + / ++ / +++ nein

Sediment: Makrohämaturie Mikrohämaturie Dysmorphie Erys
 Erythrozytenzylinder Leukozytenzylinder Leukozyten Bakterien

Nierengrösse: rechts cm / links cm

