(Stempel: Dialysezentrum / Station)

OEDTR FRAGEBOGEN

OEDTR-nummer:

Eurotransplant-NR(ET):

Familienname: (ohne Titel)

Vers.nummer:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsland: siehe Codeliste: Österreich=AT

Geburtsdatum: **(M/W):** **PLZ (Wohnort):**

Ren. Grundleiden: **kodiert:** Freier Text

PRD2011:

Komorbidität (ALLE Pat) **Beginn:** **Kontrolle:**

Datum:

- **a. Diabetes mellitus**
- **b. Hochdruck**
- **c. Herzerkrankung**
- **d. Neoplasien**
- **e. chron Leber-KH**
- **f. vaskulär**
- **g. COPD**
- **Amputation untereExtr:**
- **Größe (cm):**
- **Gewicht (kg):** ,

BITTE: 0 eintragen, wenn unzutreffend!

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

Amputation: 0= keine, 1= minor Amp 2= major Amp

Pat erstmals in chron NET? Ja: Nein:

Behandlungscode:

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
B5 Ascitesdrainage B6 single over night
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 irrreversibles TPL-versagen
D Wiedereinlangung der Funktion (EIGENE Nieren)
E "lost to follow up"
K konservative Therapie (VOR einer chronNET)
MC minimal care, Therapieabbruch
XX Exitus
IN Pat kommt von anderem Zentrum
OU Pat wird verlegt

Behandlungsart und Behandlungswechsel

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

Therapie am Stichtag, "Date last seen":

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

Alle Neuen Pat +K+D+TPL:

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:** .....