

OEDTR FRAGEBOGEN

OEDTR-nummer:

Eurotransplant-NR(ET):

(Stempel: Dialysezentrum / Station)

Familiennamen:

Vers.nummer:

(ohne Titel)

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsland: siehe Codeliste: Österreich=AT

Geburtsdatum: (M/W):

PLZ (Wohnort):

Ren. Grunderleiden: kodiert: Freier Text

PRD2011:

Komorbidität (ALLE Pat) Beginn: Kontrolle: BITTE: 0 eintragen, wenn unzutreffend!

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

	Datum:				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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)
 AH Hybridtherapie vorw HD
 AR HD reduziert
 B1 CAPD B2 CCPD/APD
 B3 IPD im Spital B4 IPD zu Hause
 B5 Ascitesdrainage B6 single over night
 C1 TPL-Leichenniere BH Hybrid, vorw.PD
 C2 TPL-Zwilling BR PD reduziert
 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 konservative Therapie (VOR einer chronNET)
 MC minimal care, Therapieabbruch
 XX Exitus
 IN Pat kommt von anderem Zentrum
 OU Pat wird verlegt

Pat erstmals in chron NET? Ja: Nein:

Behandlungsart und Behandlungswechsel

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Therapie am Stichtag, "Date last seen":

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Sterbedaten:

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Alle Neuen Pat +K+D+TPL:

Krea(mg%): Datum:

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: