

Dane/pieczętka oddziału/szpitala kierującego

**DANE KLINICZNE PACJENTA KIEROWANEGO  
NA BIOPSJĘ NERKI**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Data biopsji (d./m./r.): .....

**Cel biopsji:**

- rozpoznanie choroby nerek
- monitorowanie skuteczności terapii/progresji i przebiegu patologii nerek (kolejna biopsja)

**Materiał pobrano do oceny w:**

- mikroskopie świetlnym:  tak,  nie
- mikroskopie fluorescencyjnym:  tak,  nie
- mikroskopie elektronowym:  tak,  nie

**Kliniczne rozpoznanie choroby nerek:**

.....  
.....  
.....

Początek choroby (m./r.): .....

choroby nerek w rodzinie: tak  nie

jeśli tak, sprecyzuj: .....

Czy w przeszłości były wykonywane biopsje nerek?

Jeśli tak, sprecyzuj:

- data biopsji .....
- rozpoznanie.....
- ośrodek rozpoznający.....

**Przebieg aktualnej choroby nerek:**  ostry

przewlekły  brak danych

**Niewydolność nerek:**  gwałtownie postępująca

ostra  przewlekła  bez niewydolności nerek

**Zespół kliniczny:**  z. nerczycowy  z. nefrytyczny

bezobjawowy białkomocz  krwinkomocz/krwiomocz

**Objawy kliniczne:**  obrzęki  anemia  krwioplucie

bóle stawowe  gorączka

**Nadciśnienie tętnicze:**  tak  nie  tak,

kontrolowane farmakologicznie,

**Wartości:** ...../.....mm Hg

**Inne choroby:**

cukrzyca:  typ 1,  typ 2,  retinopatia

początek choroby ..... (rok).....

nowotwór złośliwy,  choroba reumatyczna

nadużywanie leków,  zakażenie bakteryjne

zakażenie wirusowe,  choroba niedokrwienna serca,

miażdżyca,  choroby płuc,  choroby wątroby,

schorzenia hematologiczne

sprecyzuj .....

ciąży do 6 m. przed ujawnieniem choroby

**Terapia:**  dializy  plazmafereza

glikokortykosteroidy  immunosupresja,  NSAID

diuretyki  ACE-inhibitory/blokery receptora (ARB)

$\beta$ -blokery  leki hipolipemizujące. Jeśli inne leki,

sprecyzuj:.....

**Wzrost:** ..... cm, **masa ciała:** ..... kg

**DANE LABORATORYJNE:**

**Badanie krwi**

**płytki:**  obniżone,  wysokie,  prawidłowe

**stężenie kreatyniny:** ..... mg/dl lub .....mol/l

**eGFR:** .....ml/min

**stężenie białka całk.:** .....g/dl

**stężenie albumin:** .....g/dl

**stężenie cholesterolu:**..... mg/dl lub ..... mmol/l

**ANCA:**  C (PR3)  P (MPO)  ujemne  nie badano

**ANA:**  dodatnie,  ujemne,  nie badano

**Anty-ds DNA:**  dodatnie,  ujemne,  nie badano

**Anty-GBM:**  dodatnie,  ujemne,  nie badano

**Dopełniacz:**

**C3:**  obniżony,  prawidłowy,  nie badano

**C4:**  obniżony,  prawidłowy,  nie badano

**Krioglobuliny:**  tak,  nie,  nie badano

**Paraproteiny:**  dodatnie,  ujemne,  nie badano

jeśli obecne, sprecyzuj:.....

**ASO:**  podwyższone,  nie podwyższone,

nie badano

**Zakażenia:**  HBV  HCV  HIV  EBV  CMV

**Badanie moczu**

anuria,  oliguria,  prawidłowa diureza

poliuria

**Białkomocz:** ..... g/24 h

mikroalbuminuria

**Osad:**  makroskopowy krwimocz,  krwinkomocz,

bakteriuria,  dysmorficzne erytrocyty,  leukocyty,

wałeczki

**Długość nerek (USG):**

prawa ..... cm  lewa..... cm

**Pieczętka i podpis lekarza kierującego na biopsję**

## BIOPSJA PRZESZCZEPU NERKOWEGO – SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

|  |   |           |   |                         |           |   |
|--|---|-----------|---|-------------------------|-----------|---|
| Nazwisko i imię pacjenta   | .....                                   |           |   |                         |           |   |
| PESEL  | .....                                   |           |   |                         |           |   |
| Data biopsji   | .....                                   |           |   |                         |           |   |
| Data i godzina przyjęcia biopsji   | .....                                   |           |   |                         |           |   |
| Ośrodek wykonujący biopsję   | .....                                   |           |   |                         |           |   |
| Poprzednie biopsje (daty lub nr)   | .....                                   |           |   |                         |           |   |
| <b>Dane kliniczne</b>  |   |           |   |                         |           |   |
| Który to przeszczep?   | ○1, ○2, ○3, ○4                          |           |   |                         |           |   |
| Data przeszczepienia (d./m./r.)  | ..... / ..... / .....                   |           |   |                         |           |   |
| Wskazania do biopsji:  | 0) biopsja "0"                          | ○         |   |                         |           |   |
|  | 2) biopsja ze wskazań                   | ○         |   |                         |           |   |
|  | 3) biopsja protokolarna                 | ○         |   |                         |           |   |
|  | 4) graftektomia                         | ○         |   |                         |           |   |
| Podstawowa immunosupresja  | prednizolon/prednizon                   | ○         | ewerolimus/rapamycyna                         | ○                       | anty-IL-2 | ○ |
|  | AZA                                     | ○         | CsA   | ○                       | ATG       | ○ |
|  | MPA                                     | ○         | takrolimus                                    | ○                       | inne      | ○ |
| Czy pacjent przyjmował regularnie leki immunosupresyjne?                           |   |           | ○ TAK   | ○ NIE, od ..... tygodni |           |   |
| Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zmniejszono dawki/odstawiono któryś z leków IS?   |   |           | ○ TAK   | ○ NIE                   |           |   |
| Jeśli tak, to który lek/leki?  | ○ CsA/TAC                               | ○ AZA/MPA | ○ ewerolimus/RAPA                             | ○ prednizolon/prednizon |           |   |
| Czy pacjent otrzymał leczenie przeciwko odrzucaniu w ciągu tygodnia przed biopsją? |   |           |   | ○ TAK                   | ○ NIE     |   |
| Jeśli TAK, sprecyzuj:  | Pulsy SM                                |           | ○   | plazmaferezy            |           | ○ |
|  | OKT3                                    |           | ○   |                         |           |   |
|  | Thymoglob/ATG                           |           | ○   | immunoglobuliny         |           | ○ |
| Pacjent jest obecnie dializowany   |   |           | ○ TAK   | ○ NIE                   |           |   |
| Ciśnienie tętnicze   | ..... / .....                           |           |   |                         |           |   |
| Białkomocz   | ..... g/d, lub ..... mg%                |           |   |                         |           |   |
| Stężenie kreatyniny:   | Minimalne: .....mg% (..... $\mu$ mol/l) |           | Obecne (ostatnie) .....mg (..... $\mu$ mol/l) |                         |           |   |
|  | Wzrost o ..... mg% w czasie .....       |           |   |                         |           |   |
| GFR (MDRD)   | ..... ml/min                            |           |   |                         |           |   |
| Status wirusologiczny: zakażenie   |   | ○ HBV     |   | ○ HCV                   |           |   |
| Zakażenie wykryte w ciągu ostatniego miesiąca:                                     |   |           |   | Uwagi:                  |           |   |
| 1) BKV   | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| 2) CMV   | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| 3) Herpes  | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| 4) HBV   | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| 5) HCV   | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| 6) bakteryjne  | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| 7) grzybicze   | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| Zwężenie tętnicy do nerki przeszczepionej  | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| Utrudnienie odpływu moczu  | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| Lymphocoele  | ○ TAK                                   | ○ NIE     |   |                         |           |   |
| Przyczyna niewydolności nerek własnych:  |   |           |   |                         |           |   |
| Potwierdzona biopsyjnie ○ przypuszczalna ○   |   |           |   |                         |           |   |
| Rozpoznanie kliniczne .....  |   |           |   |                         |           |   |
| Ewentualne pytania klinicysty: .....   |   |           |   |                         |           |   |
| .....  |   |           |   |                         |           |   |
| Skierowanie wypełnił: .....  |   |           |   |                         |           |   |