



# Checkliste

## zur Vorbereitung auf eine Lebertransplantation

Sektion Lebertransplantation der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg

Bitte prüfen Sie anhand dieser Checkliste, ob alle Untersuchungen im Rahmen der **Abklärung zur Lebertransplantation** vollständig durchgeführt wurden und senden die vollständig ausgefüllte **Checkliste mit Kopien aller Befunde und Röntgenbilder** an das Sekretariat der Lebertransplantation:

**Sektion Lebertransplantation der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg, z. Hd. Frau Ellen Dalien, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Tel. +496221 56 39485, Fax. +496221 56 5504, oder Herr Dieter Eipl, Tel. +496221 56 36467**

Bei den grau unterlegten Feldern handelt es sich um **unabdingbare Untersuchungen**, ohne die eine Transplantation nicht durchgeführt werden kann.

### **PATIENTENDATEN**

• Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

privat: \_\_\_\_\_

 mobil: \_\_\_\_\_

Alternative Telefonnummern (Angehörige, Nachbarn, Arbeitsplatz, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Hausarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

• Kostenträger des Patienten: \_\_\_\_\_

Ortsverband: \_\_\_\_\_

Karten-Nr.: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ KK-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 der KK: \_\_\_\_\_



## ALLGEMEINES

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

## DIAGNOSEN

1) **Hepatologische Grunderkrankung** (Datum Erstdiagnose): \_\_\_\_\_

Histologie (Datum/Befund): \_\_\_\_\_

### • Bei Leberzirrhose

Child-Stadium: \_\_\_\_\_

#### Komplikationen:

Ösophagusvarizen (Grad, Datum der letzten ÖGD): \_\_\_\_\_

Ösophagusvarizenblutungen (Datum): \_\_\_\_\_

Therapie (z.B. Ligatur, Sklerotherapie, TIPSS): \_\_\_\_\_

Aszites (z.B. keiner, kontrolliert, therapierefraktär, TIPSS): \_\_\_\_\_

Spontan bakterielle Peritonitis (Datum): \_\_\_\_\_

Enzephalopathien (Grad, Datum): \_\_\_\_\_

### • Bei hepatozellulärem Karzinom

Erstdiagnose (Datum): \_\_\_\_\_

Anzahl der Herde und Größe: \_\_\_\_\_

Bildgebungen (z.B. MRT, PV MRT, KM-Sono, CT): \_\_\_\_\_

Histologie: \_\_\_\_\_

AFP (Wert/negativ): \_\_\_\_\_

#### Staging:

CT-Thorax (Datum, Befund): \_\_\_\_\_

Skelettszintigraphie (Datum, Befund): \_\_\_\_\_

Therapiestand: \_\_\_\_\_

### • Bei Hepatitis B/C

Erstdiagnose (bei Hep C mit Genotypisierung): \_\_\_\_\_

Histologie (Datum, Befund): \_\_\_\_\_

Therapiestand: \_\_\_\_\_

Viruslast (Datum): \_\_\_\_\_

Coinfektion mit Hepatitis D: \_\_\_\_\_

2) **Leberspezifische Nebendiagnosen:**

Splenomegalie (Größe, Bildgebung): \_\_\_\_\_

Pfortaderhochdruck: \_\_\_\_\_

Hepatopulmonales Syndrom: \_\_\_\_\_

Hepatorenales Syndrom: \_\_\_\_\_



### 3) Nebendiagnosen:

Alkoholanamnese: \_\_\_\_\_  
(Dauer/Menge/Abstinenz)

Maligne Tumoren: \_\_\_\_\_  
(ED, Therapie, Dauer der Rezidivfreiheit, Datum der letzten Nachsorge)

Gastroenterol.Diagnosen: \_\_\_\_\_  
(z.B. Polypen, CED, etc.)

Kardiale Diagnosen: \_\_\_\_\_  
(z.B. KHK, Klappenfehler)

Kardiale Risikofaktoren: \_\_\_\_\_  
(Nikotin, Adipositas, Hypercholesterinämie, Diabetes, pos. Familienanamnese, arterielle Hypertonie)

Pulmonale Diagnosen: \_\_\_\_\_  
(Asthma, COPD, etc.)

D. mellitus (ED): \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen: \_\_\_\_\_  
(z.B. Dialyse)

Osteopenie/Osteoporose (ED): \_\_\_\_\_

Hämatologische Diagnose: \_\_\_\_\_  
(z.B. Anämie, Leukopenie, Thrombopenie, etc.)

Allergien: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

### LABOR

1) Blutgruppe: \_\_\_\_\_

2) Immunologie: \_\_\_\_\_  
(nur bei kombinierter Leber-Nieren-Transplantation: HLA-Typisierung; erythrozytäre AK, 3 Wochen nach Bluttransfusion)

3) Blutbild: \_\_\_\_\_  
(Hb, HKT, MCV, MCHC, Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Retikulozyten)

4) Gerinnung: \_\_\_\_\_  
(Quick, aPTT, AT III, INR; nur bei V.a. Thrombophilie: Fibrinogen, Protein C, Protein S, APC-Resistenz, Faktor VIII)

5) Elektrolyte: \_\_\_\_\_  
(Na, K, Chlorid, Bicarbonat, Calcium, Magnesium, Zink)

6) Leberwerte: \_\_\_\_\_  
(Bilirubin ges./dir., GOT/ASAT, GPT/ALAT, Gamma-GT, LDH, CHE, Amylase, Lipase)

7) Plasmaproteine: \_\_\_\_\_  
Gesamtprotein, Albumin, Elektrophorese: \_\_\_\_\_  
IgG, IgA, IgM: \_\_\_\_\_  
 $\alpha$ 1-Antitrypsin: \_\_\_\_\_

8) Eisenstoffwechsel: \_\_\_\_\_  
Serumeisen: \_\_\_\_\_  
Ferritin: \_\_\_\_\_  
Transferrinsättigung: \_\_\_\_\_

9) Antikörper: \_\_\_\_\_  
ANA: \_\_\_\_\_ LKM: \_\_\_\_\_  
AMA: \_\_\_\_\_ SMA: \_\_\_\_\_  
ANCA: \_\_\_\_\_ Sonstige: \_\_\_\_\_



10) **Tumormarker:**

AFP: \_\_\_\_\_ CEA: \_\_\_\_\_ CA 19-9: \_\_\_\_\_

11) **Kupferstoffwechsel:**

Coeruloplasmin: \_\_\_\_\_

Kupfer im Serum (nur bei V.a. M. Wilson): \_\_\_\_\_

12) **Glukose/Fettstoffwechsel:**

HbA1c: \_\_\_\_\_ Cholesterin: \_\_\_\_\_

13) **Schilddrüse:**

TSH: \_\_\_\_\_ fT<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ fT<sub>4</sub>: \_\_\_\_\_

14) **Niere:**

Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Phosphat: \_\_\_\_\_

Kreatininclearance (im 24-h-Urin): \_\_\_\_\_

**U-Status:** \_\_\_\_\_

U-Sediment (bei path. U-Status): \_\_\_\_\_

Eiweißausscheidung im 24h-Urin: \_\_\_\_\_

Kupfer im 24h-Urin (nur bei V.a. M. Wilson): \_\_\_\_\_

**BAKTERIOLOGIE/MYKOLOGIE/PARASITOLOGIE**

1) **MRSA-Screening:**

Nasenabstrich (Datum): \_\_\_\_\_ Rachenabstrich (Datum): \_\_\_\_\_

VRE:Rektalabstrich (Datum): \_\_\_\_\_

Bei entsprechender Fragestellung:

Aszites, Urin, Wunden Katheter: \_\_\_\_\_

Stuhluntersuchungen auf path.Keime: \_\_\_\_\_

3) **Toxoplasma gondii** : \_\_\_\_\_ **Luesserologie** : \_\_\_\_\_

4) **Sonstiges** (z.B. Quantiferontest ; ESBL ): \_\_\_\_\_

**VIROLOGIE**

HAV-Ak (IgG/IgM): \_\_\_\_\_ HBs-Ag: \_\_\_\_\_

HCV-Ak: \_\_\_\_\_ Anti-HBs: \_\_\_\_\_

HIV Ag/Ak Suchtest: \_\_\_\_\_ Anti-HBc: \_\_\_\_\_

CMV (IgG/IgM): \_\_\_\_\_ VZV (IgG): \_\_\_\_\_

EBV (IgG): \_\_\_\_\_ HepE-Ak: \_\_\_\_\_

HSV (IgG): \_\_\_\_\_

**Nur bei auffälliger Virus-Serologie sind folgende Untersuchungen entsprechend dem virologischen Befund zu ergänzen:**

HBeAg: \_\_\_\_\_ anti-HBe: \_\_\_\_\_ HBV-Viruslast: \_\_\_\_\_ HDV-Ak: \_\_\_\_\_

HCV-Blot: \_\_\_\_\_ HCV-Genotyp: \_\_\_\_\_ HCV-Viruslast: \_\_\_\_\_ pp65: \_\_\_\_\_

HIV-Blot: \_\_\_\_\_ HIV p24 Ag: \_\_\_\_\_ HIV-Viruslast: \_\_\_\_\_



## **BILDGEBUNG**

- **Sonographie Abdomen und Duplexsonographie der Leber** (nicht älter als 3 Monate) :  
Datum, Befund: \_\_\_\_\_
- **Röntgen-Thorax in 2 Ebenen** (nicht älter als 6 Monate):  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- **CT-Abdomen bzw. MRT-Abdomen:**  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- **Technische Operabilität/anatomische Besonderheiten** (Einschätzung durch TX-Zentrum):  
\_\_\_\_\_
  
- Weitere Befunde (z.B. MRCP, CCT, etc.):  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_

### **Zusätzlich bei HCC:**

- **CT-Thorax:**  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- **Skelettszintigraphie:**  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_

## **ENDOSKOPIE**

- **Oesophago-Gastro-Duodenoskopie** (nicht älter als 3 Monate):  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- **Koloskopie:**  
Datum/ Befund: \_\_\_\_\_
- **ERCP** (bei spezieller Fragestellung):  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_

## **KARDIOLOGIE/PNEUMOLOGIE/ANGIOLOGIE**

- **EKG:**  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- **Belastungs-EKG** (Ausbelastung: max. HF=220-Alter +/- 10-15 Schläge/min.);oder Alternativuntersuchung  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- **Transthorakale Echokardiographie:**  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- **Große Lungenfunktion** (bei Bedarf arterielle Blutgasanalyse):  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_

### **Bei Risikokonstellation:**

- **Stressechokardiographie:**  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_



- Koronarangiographie:  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_

- Rechtsherzkatheter:  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_

*Bei klinischem Hinweis auf pAVK:*

- Duplex-/Dopplersonographie extrakranielle Hirnarterien:  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_
- Duplex-/Dopplersonographie periphere Beinarterien:  
Datum/Befund: \_\_\_\_\_

### **KONSILE**

- Anästhesie (Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- Gynäkologie (Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- Urologie bei Männern ( PSA; Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- HNO (mit Rö.-NNH, Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- Neurologie (mit EEG/PNP-Diagnostik, Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- Zahnheilkunde (mit OPG, Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- Augenheilkunde (Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- Dermatologie (Datum/Befund): \_\_\_\_\_

*Bei Bedarf:*

- Nephrologie (Datum/Befund): \_\_\_\_\_
- Psychologie (bei Alkoholabusus obligat): \_\_\_\_\_
- Sonstiges (Datum/Befund): \_\_\_\_\_

### **IMPFUNGEN**

- Hepatitis A/B (Datum): \_\_\_\_\_
- Pneumokokken (Datum): \_\_\_\_\_
- Hämophilus Influenzae (Datum): \_\_\_\_\_
- Tetanus (Datum): \_\_\_\_\_
- VZV (nur bei negativer Serologie, Datum): \_\_\_\_\_
- Saisonale Grippe und Schweinegrippeimpfung: \_\_\_\_\_

### **BEMERKUNGEN**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)