

**TRANSPLANTATIONSZENTRUM
Organisationszentrale
Chirurgische Universitätsklinik
Hugstetter Straße 55**
79106 Freiburg i. Br.
CHECKLISTE ZUR TRANSPLANTATIONSVORBEREITUNG
NAME: _____ **Vorname:** _____

Geburtsname: _____ **Geb.-Datum** _____

Wir bitten um folgende Befunde:

- Zentrumsbrief mit aktueller Diagnosenliste und Medikamentenliste
- Bitte jeweils Originalbefunde oder Kopien beifügen
- Bitte kreuzen Sie die erfolgten Untersuchungen in der Checkliste an
(ein händisches Einfügen der Werte oder Befunde ist nicht nötig)

Quantiferontest:
Labor:

Wir bitten um folgende Laborwerte:

Blutbild / Elektrolyte / Quick / PTT / TSH / Blutfette / Parathormon

Albumin / GOT / GPT / Gamma-GT / Bilirubin / Lipase / Amylase / HbA1c

 Hyperparathyreoidismus ja nein medikamentös behandelt ja nein
Bei Zustand nach Thrombose (Shunt oder andere Lokalisation) / Lungenembolie

Faktor-V-Mutation / Protein C / Protein S / Homozystein

Prothrombin-Mutation / Antiphospholipid-AK

Bei Z.n. Thrombose Bestimmung des Antithrombin zum Ausschluss eines Antithrombinmangel

Bei PTX: nü-BZ: C-Peptid: (Probeentnahme am selben Tag)

 wenn C-Peptid zu hoch, ggf. Insulin-Antikörper:

Inselzellantikörper (ICA-Ak)

Autoantikörper gegen Tyrosinphosphatase (IA-2-Ak)

Autoantikörper gegen Glutamat-Decarboxylase der Beta-Zellen (GAD65-Ak)

Autoantikörper gegen den Zink-Transporter 8 der Beta-Zellen (ZnT8-Ak)

Virologie / Bakteriologie:

HBs-Ag / Anti-HBs / Anti-HBc / Anti-HCV / HIV-AK

CMV-IgG / CMV-IgM / EBV-IgG / EBV-IgM / Lues (TPHA)

Bei HIV-positiven Patient*innen verweisen wir auf unsere gesonderte Checkliste auf unserer Homepage! (Nierentransplantation bei HIV-positiven Patient*innen)**Leber:**Bekannte Lebererkrankung: ja nein (falls ja, bitte Befunde beifügen)**Impfungen nach Empfehlung vollständig: (bitte Impfnachweis beifügen!)
(siehe Impfeempfehlung Seite 4!)****Herz:**

EKG:

Herzecho:

Belastungs-Diagnostik: Bel-EKG (wenn nicht Stress-Echo, Myokardszinti oder Koro erforderl.)Stress-Echo oder Myokardszinti:

- falls Bel-EKG nicht aussagekräftig
- Bei Diabetes, KHK, pAVK oder ≥ 3 Risikofaktoren:

Risikofaktoren:

Alter > 60 Jahre, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, bekannte koronare Herzerkrankung, linksventrikuläre Hypertrophie, positive Familienanamnese für KHK, Dialysedauer > 1 Jahr, (Ex)Raucher*innen, Z.n. Bestrahlung (Ganzkörper oder Thorax)

- Ggf. Koronarangiographie bei Indikation (auffällige Befunde, Angina pectoris-Beschwerden)

Gefäß-Status:

Pulsstatus

Duplex (Becken-Bein)

- Diabetiker*innen
- pAVK

Nativ-CT (Becken-Bein):

- pAVK, KHK
- Bei Auffälligkeit des Pulsstatus oder des Duplex
- Patient*innen zur Re-Tx + PTx
- ≥ 65 Jahre

Magen / Darm:

Gastroskopie

(bei Ulcus-Anamnese oder aktuellen Beschwerden)

Koloskopie

(bei Beschwerden oder Männer u. Frauen ab 50 Jahre)

Röntgen-Thorax:	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktion:	<input type="checkbox"/>
- Bei Auffälligkeit oder bekannter Lungenerkrankung Vorstellung beim Pneumolog*in	
Sonogramm Abdomen:	<input type="checkbox"/>
Zahnärztlicher Befund zum Ausschluss eines Infektfokus	<input type="checkbox"/>
Dermatologische Untersuchung zum Ausschluss Tumor / Infektfokus: (alle 5 Jahre)	<input type="checkbox"/>
Gynäkologie:	
- Frauen ab 20 Jahren	gyn. Vorstellung <input type="checkbox"/>
- Frauen ab 50 Jahren	zusätzlich Mammographie-Screening (ggf. 3-D-Mammo-Sonographie) <input type="checkbox"/>
Urologie:	<input type="checkbox"/>
- Männer ab 45 Jahren	urol. Untersuchung (Tastbefund Prostata, PSA-Wert)
HNO	Infektfokus ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	(wenn ja, Vorstellung bei HNO-Arzt/-Ärztin) <input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift behandelnde/r Dialysearzt/ärztin

Quellen / Verweis:

1. Nach KDIGO-Empfehlung
2. Nach STIKO-Empfehlung
3. Deutsche Krebs-Gesellschaft
4. Uptodate (Candian Society für Transplantation (CST)
5. Manual zur Vereinheitlichung der Diagnostik vor NTx

Impfempfehlungen vor Organtransplantation (STIKO)

- Totimpfstoffe bis spätestens 2 Wochen vor Organtransplantation, frühestens wieder 3-6 Monate nach Organtransplantation (Ausnahme Influenza; erste Impfung nach NTX bereits wieder nach 4 Wochen möglich)
- Lebendimpfungen bis spätestens 4 Wochen vor Organtransplantation, nach Organtransplantation generell nicht empfohlen

1. Totimpfstoffe:

- Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B, Pneumokokken, Meningokokken, FSME, Influenza, COVID-19, HPV → falls nicht erfolgt Grundimmunisierung, ggf. Auffrischimpfung
 - Tetanus: Auffrischimpfung alle 10 Jahre
 - Hepatitis B: Grundimmunisierung, falls bisher nicht erfolgt oder Anti-HbS <10 IE/l (Impfung nach 0, 1 und 6 Monaten); Kontrolle Anti-HbS 4-8 Wochen nach letzter Impfung; Auffrischung, falls Anti-HbS <100 IE/l; bei Dialyse- und Präodialysepatienten höherdosierte Impfung z.B. mit HBVAXPRO 40 µg
 - Pneumokokken: Impfung mit PCV20, bei Z.n. sequentieller Impfung (PCV13 + PPSV23) PCV20 nach 6 Jahren empfohlen
 - Meningokokken: Impfung gegen ACWY und B vor Organtransplantation empfohlen (Kostenübernahme Serogruppe B nicht von allen Kassen gewährleistet)
 - Herpes zoster: ab 18 Jahre bei VZV-Seropositivität: 2 Impfstoffdosen im Abstand von 2-6 Monaten (Kostenübernahme <50 Jahre nicht von allen Kassen gewährleistet)
 - FSME: bei Exposition
 - Influenza: jährliche, saisonale Impfung; erste Impfung nach NTX bereits wieder nach 4 Wochen möglich
 - COVID-19: Basisimmunität mit min. 3x Kontakt (Impfung oder Infektion) → Antikörperkontrolle, ggf. Nachimpfung; jährliche Auffrischimpfung
 - HPV: Risiko für Infektion nach Organtransplantation deutlich erhöht, deswegen von STIKO altersunabhängig vor Organtransplantation als sinnvoll eingeschätzt (Kostenübernahme nicht von allen Kassen gewährleistet)

2. Lebendimpfstoffe:

- Masern, Mumps, Röteln: falls keine vollständige Grundimmunisierung vorhanden, sollte diese vor Organtransplantation erfolgen (2x im Abstand von 4 Wochen) bzw. vervollständigt werden
- Varizellen: bei Seronegativität: Impfung mit zwei Impfstoffdosen im Abstand von vier Wochen

3. Kontaktpersonen

- Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen
- Auffrischung der Pertussisimpfung alle 10 Jahre
- Jährliche Influenzaimpfung