

Levertransplantationsbedömning – remissförfarande och checklista

Patient: _____

Namn

Personnummer

Telefonnummer

Tolkbehov: ☐ Ja ☐ Nej _____

Språk

Samtycke till inhämtande av information från Nationell Patientöversikt (NPÖ):

☐ Ja ☐ Nej

Kontaktuppgifter till remitterande enhet:

Ansvarig läkare: _____ Tel: _____

Kontaktsjuksköterska: _____ Tel: _____

Sekreterare: _____ Tel/Fax: _____ / _____

Remissförfarande

Remissinnehållet skall vara utförlig och som minst innehålla följande information:

- Social situation samt alkohol-, drog- och nikotinvanor
- Leversjukdom som indicerar transplantationsbedömning
- Diagnosår
- Genomförda undersökningar: endoskopi, radiologi, interventioner, m.m.
- Övriga sjukdomar: Diagnosår, komplikationer, behandlingar
- Information om sjukhusinläggningar p.g.a. dekomensationer. Bifoga slutanteckningar.
- Leverfunktion. MELD och Child Pugh Score i tillämpliga fall
- Lever- eller gallvägsmalignitet? Dysplasiutveckling i gallvägar?
- Osteopeni? Nutritionsstatus? Performance status enligt ECOG?

Kontaktuppgifter till Sektionen för Lever- och pankreassjukdom, Karolinska universitetssjukhuset:

- Hepatologkonsult/-bakjour (08:00 –24:00): 08-123 851 51 (kl. 08-24 alla dagar)
- Kontaktsjuksköterskor: Tel. 08- 123 815 56
- Faxnummer: 08 – 123 864 50
- **Postadress:** Medicinisk enhet Övre buk, C177, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, 141 86 Stockholm

För vårdgivare utanför Region Stockholm används specialistvårdsremiss. Remissen skickas brevledes till ovanstående postadress och följande dokument medsändes:

- Betalningsförbindelse
- Intyg om godkänd sjukresa i händelse av transplantation och eventuellt godkännande av anhörigboende. Se separat dokument för intygsmall.
- Svarskopior på undersökningsresultat och provsvar, vänligen sortera dokumenten i samma ordning som på checklistan
- Kopia på uppdaterad läkemedelslista
- Utvalda kopior av slutanteckningar

När utförlig remiss, komplett ifylld checklista och kopior på alla undersökningar och provtagningar inkommit till Sektionen för Lever- och pankreassjukdomar kan patienten kallas för bedömning.

Vid **akuta fall** skall först hepatologkonsulten kontaktas och efterfrågade dokument istället faxas, märk faxet med “AKUT levertransplantationsbedömning”.

Checklista

Vissa utredningar gäller specifika patientgrupper vilket då anges i checklistan. Övriga listade utredningar gäller för samtliga patienter som skall genomgå transplantationsbedömning.

Leverutredning (Högst 6 månader gamla undersökningar)	Utfört datum (ÅÅÅÅ/MM/DD):	Ej aktuellt
Flerfas DT-buk inkl. lever <i>Med frågeställning öppetstående leverkärl och fokaliteter</i>		
Flerfas MRT-buk <i>Utförs om DT-undersökningen avseende diagnostiken av fokaliteter är inkonklusiv.</i>		
MRT lever och MRCP <i>Utförs vid PSC</i>		
Gastroskopi <i>Vid sjukdom med portal hypertension</i>		
Hjärtutredning (Högst 6 månader gamla undersökningar)		
EKG		
Ekokardiografi <i>Med frågeställning vänsterkammarfunktion, klaffvitier, PA-tryck (pulmonell hypertension)</i>		
Arbets-EKG <i>Utförs vid misstanke om ischemisk hjärtsjukdom där maximalt 1 riskfaktor (ålder > 50 år, hypertoni, diabetes, rökning eller lipidrubbnig) föreligger.</i>		
Stress-ekokardiografi eller myokardskintigrafi med farmakologisk belastning <i>Utförs vid måttlig/stark misstanke om ischemisk hjärtsjukdom d.v.s. när > 1 riskfaktor föreligger samt på patienter som inte klarar av att genomgå arbets-EKG.</i>		
Koronarangiografi <i>Utförs i samråd med kardiologkonsult vid positiv stresstest och/eller vid stark misstanke om ischemisk hjärtsjukdom.</i>		

Lungutredning	Utfört datum:	Ej aktuellt
Hjärt- och lungröntgen <i>Om inte DT-thorax genomförs</i>		
DT thorax <i>Utförs hos patienter med tumörsjukdom och vid tecken på/eller misstanke om lungsjukdom</i>		
Spirometri <i>Utförs om patienten >60 år samt på alla nuvarande och tidigare rökare eller vid misstanke om lungsjukdom</i>		
Njurutredning		
Iohexolclearance <i>crClearance vid allergi</i>		
U-testremsa		
Övrigt <i>(Högst 1 år gammalt)</i>		
Beroendebedömning vid behov		
Bentäthetsmätning/DEXA		
Tandläkarbedömning <i>Med frågeställning om dentalt infektionsfokus</i>		
Koloskopi <i>Utförs vid PSC, IBD, ålder >70 år eller klinisk misstanke om koloncancer</i>		
Skelettscintigrafi <i>Utförs på patienter med HCC som uppfyller ett av följande: multifokal bilobär typ, klinisk misstanke om metastasering, avslutad downstaging behandling eller AFP > 500</i>		
Mammografi och cellprovtagning <i>Utförs om patienten är aktuell för screening och uteblivit från rutinkontroll</i>		
Provtagning som minst innefattar nedanstående		
○ B-Peth ○ Blodstatus med diff ○ CRP, SR ○ Na, K, Krea, Magnesium, Calcium, Urea, St-bikarbonat ○ ALAT, ASAT, ALP, GT, Bilirubin ○ P-antitrombin, P-APT-tid, P-Fibrin-D-Dimer, P-Fibrinogen, P-PK (INR) ○ S-proteinfraktion ○ TSH, fritt-T4 ○ P-glukos, HbA1c ○ P-kolesterol, fP-Triglycerider ○ S-Ferritin, S-järnmättnad ○ S-alfafetoprotein, S-CEA ○ Tuberkulos-Ag (IGRA-B) ○ ABO-Rh-gruppering ○ Autoantikroppar (ANA, SMA, AMA)		

Utvidgad provtagning <i>Provtagning som bedöms motiverad av remitterande läkare (kan inkludera fler prover än de listade).</i>	Utfört datum:	Ej aktuellt
○ Ca 19–9 (vid känd PSC och misstanke om gallgångsmalignitet) ○ Ceruloplasmin ○ PSA		
Virologi		
○ S-Hepatit A-IgG + IgM		
○ S-Hepatit B HBsAg, HBsAk, HBcAg, <i>Om positiv HBsAg kontrolleras: HBeAg, HBeAk, HBV-DNA, HDV-RNA, HDV-ak</i>		
○ S-Hepatit C HCV-ak <i>Om positivt kontrolleras HCV-RNA och genotypning</i>		
○ S-HIV1/2-Ak/Ag ○ S-CMV IgG, S-EBV EBNA-ak ○ S-Morbilli IgG, S-Varicella IgG ○ Herpes simplex-ak ○ Sars-CoV-2-ak, spike		
Vaccinationer (kan med fördel påbörjas omgående)		
○ Hepatit A och B vid negativ serologi		
○ Pneumokocker		
○ Varicella och Morbilli vid avsaknad av immunitet (genomförs i samråd med infektionsläkare)		
○ Influensavirus under säsong		