



# Checkliste

## zur Vorbereitung auf eine Lebertransplantation

### PATIENTENDATEN

Name, Vorname:

geb. am:

Anschrift des Patienten:

Familienstand:

Telefon, privat:

Telefon, mobil:

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

Kooperationspartner:

Anschrift:

Telefonnummer:

Hausarzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Kostenträger des Patienten:

Versicherungsnummer:

Telefonnummer:

### A) ALLGEMEINES

<b>Körpergröße (cm):</b>	<b>Gewicht (kg):</b>
<b>Blutgruppe:</b>	<b>Patientenverfügung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bauchumfang (cm):</b>	<b>Brustumfang (cm):</b>

### B) CHIRURGISCH-TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN

<p><b><u>Technische Operabilität/anatomische Besonderheiten:</u></b></p> <p>○ Arterielle Versorgung - Normvarianten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="padding-left: 150px;">Wenn ja – welche:</p> <p>○ Ligamentum arcuatum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>○ Pfortaderthrombose: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="padding-left: 150px;">Wenn ja - Confluens offen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>○ Sonstiges:</p>
<p><b><u>Voroperationen:</u></b></p>

### C) DIAGNOSEN

<p><b><u>Hepatologische Grunderkrankung:</u></b></p> <p>○ Nutritiv-toxische Zirrhose: Alkoholkarent seit .....</p> <p>○ Primär biliäre Zirrhose</p> <p>○ Primär sklerosierende Cholangitis</p> <p>○ Amyloidose</p> <p>○ NASH</p> <p>○ Autoimmunhepatitis</p> <p>○ Morbus Wilson</p> <p>○ HCV</p> <p>○ HBV</p> <p>○ HCC</p> <p>○ Neuroendokrines Carcinom</p> <p>○ Intoxikationen</p> <p>○ HU-Indikation</p> <p>○ Sonstiges:</p>
---



**Nebendiagnosen und Risikofaktoren:**

Alkoholanamnese:.....  
(Dauer/Menge/Abstinenz)

Maligne Tumore:.....  
(ED, Therapie, Dauer der Rezidivfreiheit, Datum der letzten Nachsorge)

Gastroenterologische Diagnosen:.....  
(z.B. Polypen, CED, etc.)

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

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

Pulmonale Diagnosen:.....  
(z.B. Asthma, COPD, etc.)

Diabetes mellitus (ED):.....

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

Osteopenie/Osteoporose (ED):.....

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

Allergien:.....

Sonstige:.....

**D) LABOR Datum:**

Blutgruppe

Immunologie (bei kombinierter NLTx: HLA)

Blutbild mit Differentialblutbild

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

Klinische Chemie (Leberwerte, Nierenwerte, Elektrolyte, Cholesterin, Glucose)

Eisenstoffwechsel: Ferritin (ng/ml)                      TrfS (%):

$\alpha$ 1-Antitrypsin:    o.B.                       Wert, wenn vermindert (g/L):

Coeruloplasmin:    o.B.                       Wert, wenn vermindert (g/L):

Kupfer in Serum:    o.B.                       Wert, wenn vermindert (g/L):

<input type="checkbox"/> Tumormarker			
<input type="checkbox"/> AFP	o.B. <input type="checkbox"/>	Wert, wenn erhöht (ng/mL):	
<input type="checkbox"/> CEA	o.B. <input type="checkbox"/>	Wert, wenn erhöht (ng/mL):	
<input type="checkbox"/> CA19-9	o.B. <input type="checkbox"/>	Wert, wenn erhöht (ng/mL):	
<input type="checkbox"/> PSA	o.B. <input type="checkbox"/>	Wert, wenn erhöht (ng/mL):	
<input type="checkbox"/> Autoantikörper (ANA, AMA, SMA, LKM, ANCA)			
	o.B. <input type="checkbox"/>	pathologische Parameter:	
<input type="checkbox"/> Hormonstatus			
<input type="checkbox"/> TSH, fT3, fT4	o.B. <input type="checkbox"/>	pathologische Parameter:	
<input type="checkbox"/> HbA1c	o.B. <input type="checkbox"/>	Wert, wenn erhöht (mmol/mo):	
<input type="checkbox"/> Harn (Sediment, Teststreifen, Kreatininclearance, Eiweißausscheidung, Kupfer)			
	o.B. <input type="checkbox"/>	Auffälligkeiten:	

**E) BAKTERIOLOGIE/MYKOLOGIE/PARASITOLOGIE Datum:**

MRSA-Screening (Nasenabstrich, Rachenabstrich, Rektalabstrich)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
MRGN-Screening	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
VRE-Screening	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Toxoplasma gondii	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Luesserologie	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Quantiferontest	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Echinkokken (bei Indikation)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Sonstiges (z.B. ESBL)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Bei Fragestellung :		
Stuhl – pathologische Keime	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Aszites	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

**F) VIROLOGIE Datum:**

HAV-IgM	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	CMV IgM	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
HAV-IgG	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	CMV IgG	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
HBs-Ag	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	HEV Ak	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Anti-HBs (mU/mL)			EBV IgG	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Anti-HBc	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg			
HCV-Ak	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	HSV (IgG)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
HIV-Ak	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	VZV (IgG)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Masern (IgG)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	Röteln (IgG)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
Mumps (IgG)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	FSME (IgG)	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

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

HBeAg: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	HIV-Blot: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
anti-HBe: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	HIV p24 Ag: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
HDV-Ak: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	HIV-PCR (U/mL):
HDV PCR (U/mL)	

**G) BILDGEBUNG** (bei HCC siehe Seite 3)

<b>Duplex-Sonographie der Leber</b> Datum/Befund:
<b>CT-Schädel, NNH, Thorax, Abdomen, Becken</b> Datum/Befund:
<b>MRCP bei Bedarf</b> Datum/Befund:

**H) ENDOSKOPIE**

<b>Oesophago-Gastro-Duodenoskopie</b> (nicht älter als 3 Monate) Datum/Befund:
<b>Koloskopie</b> Datum/Befund:
<b>ERCP</b> (bei spezieller Fragestellung) Datum/Befund:

**I) KARDIOLOGIE/PULMONOLOGIE/ANGIOLOGIE**

<b>EKG</b> Datum/Befund:	<b>Anamnese:</b> <b>MET</b> Keine Belastung möglich, Ruhedyspnoe 1
<b>Transthorakale Echokardiographie (USKG) mit sPAP</b> Datum/Befund:	Bewegen nur in der Ebene (150m), geringfügige Tätigkeiten, rasch Belastungsdyspnoe 2-3
<b>Spiroergometrie</b> Datum/Befund:	Gehen mit normaler Geschwindigkeit, kurze Laufstrecke, 2 Stockwerke ohne Pause und Dyspnoe 4-5
<b>Bei abnormem USKG oder MET&lt;4: Herz-CT</b> Datum/Befund:	Sportliche Aktivitäten 6-10  Ausdauersport > 10

<b>Wenn indiziert:</b>
<b>Koronarangiographie</b> Datum/Befund:
<b>Rechtsherzkatheter</b> Datum/Befund:
<b>Lebervenenkatheter</b> Datum/ HVPG (mmHg):

<b>Carotis-Sono</b> Datum/Befund:
--------------------------------------

<b>Bei klinischem Hinweis auf pAVK</b> <b>Duplexsonographie periphere Beinarterien:</b> Datum/Befund:
---

**J) KONSILE**

<p><b>Anästhesie</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>
<p><b>Gynäkologie</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>
<p><b>Mammographie</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>
<p><b>Urologie bei Männern</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>
<p><b>HNO</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>
<p><b>EEG, ggf Neurologie</b>  EEG o.B. <input type="checkbox"/>  Datum/Befunde:</p>
<p><b>Zahnheilkunde</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>
<p><b>Dermatologie</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>
<p><b>Psychiatrie</b>  LTX Tauglichkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Datum/Befunde:</p>



## K) IMPFSCHUTZ UND IMPFUNGEN

Ausreichenden Impfschutz durch Kontrolle des Impfpasses oder mittels serologischer Impferfolgskontrolle am Hygieneinstitut dokumentieren.

Hepatitis A/B	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grippe saisonal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
FSME	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Polio	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pertussis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Interdisziplinäre LTx-Indikationskonferenz

Datum/Beschluss:

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

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

*Zur Anmeldung bei ET freigegeben (vorbehaltlich zukünftiger relevanter Änderungen)*

#### Empfehlenswert:

- Diätberatung
- Osteodensitometrie