Formulier voor aanmelden en beoordeling PH1 patiënt

**Gegevens arts:**

**Naam : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ziekenhuis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefoonnummer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Patiënt** |
| Achternaam:Voorletters: | Plaats voor sticker  |
| Geboortedatum:Geslacht: |  |  |
| Pediatrische patiënt:  | JA ☐ | NEE ☐ |
|  Aantekeningen (presentatie van de patiënt), o.a. leeftijd/symptomen diagnose, urine/plasma oxaalzuur, aantal steenepisodes/urologische ingrepen. |
| **Benodigde gegevens:** |
| Genetische test | AGTX mutatie: ……………………………………………………. | ☐ |
| Evaluatie van de AGTX mutatie is lopende | ☐ |
| Klinische symptomen/verschijnselen | Uro- en of nefrolithiasis | ☐ |
| Nefrocalcinosis | ☐ |
| Nierfunctie | ☐ |
|  | CKD stadium 1-3b (eGFR ≥ 30 mL/min/1.73m²) | ☐ |
|  | CKD stadium 4 (eGFR = 15-29 mL/min/1.73m²) | ☐ |
|  |  |  |
| Systemische oxalose gedocumenteerd (o.a. betrokkenheid van het hart, ogen, botten, huid, etc.): | ☐ |
| ..................................................................................... |  |
| ..................................................................................... |  |
| Biochemische testen | Verhoogde urine oxaalzuur excretie* ……………… mmol/24 uur (gemeten in 24-uurs urine)
* ……………… mmol/mmol kreatinine (ratio)
 | ☐ |
| Bij patiënten met eGFR < 45 mL/min/1.73m²: verhoogde plasma oxaalzuur concentraties* ……………… mcmol/L
 | ☐ |
| Levertransplantatie | JA ☐ | NEE ☐ | Zo ja, Datum: ....../....../...... |
| Niertransplantatie | JA ☐ | NEE ☐ | Zo ja, Datum: ....../....../...... |
| Dialyse | JA ☐ | NEE ☐ | Zo ja, sinds datum: ....../....../......Dialyse regime: ……………………………………………….. |

## *Aanvullend kunt u een recente (huisartsen)brief meesturen, inclusief urine en plasma waarden (kreatinine/nierfunctie, oxaalzuur, glycolzuur), (volledige) medische voorgeschiedenis en huidige medicatie.*