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.*