



Labor-Nummer: _____

**Fragebogen zur Registerstudie
Untersuchung genetischer Modifizier bei Mädchen/Frauen mit Alport-Syndrom
GPN-unterstützte Registerstudie**

Patientendaten (ggf. Aufkleber)	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Tel.:
Straße	
PLZ	Wohnort

Sind die Eltern blutsverwandt?

ja nein

Verwandte mit Alport-Syndrom (ATS) oder der dünnen Basalmembran-Nephropathie (TBMN)?

Mutter: _____ Schwester: _____
 Vater: _____ Bruder: _____
 Sonstige: _____

Diagnose

Datum der Erstdiagnose _____(Tag)/_____(Monat)/_____(Jahr)

Diagnose(n) _____

Molekulargenetische und zytogenetische Befunde _____

Extrarenale Manifestationen

Gehörlosigkeit/Schwerhörigkeit Augenfehlbildungen Leiomyomatose
 Makrothrombozytopenie Sonstige: _____

Laborbefunde bei Diagnosestellung

Blut:

Serum-Kreatinin _____ mg/dl
 Serum-Harnstoff _____ mg/dl
 GFR _____ ml/min/1,73m²
 Immunserologische Auffälligkeiten

→ wenn ja, welche: _____

Sonstige: _____

Urin:

Kreatinin-Clearance _____ ml/min
 Mikrohämaturie + ++ +++
 Makrohämaturie
 Proteinurie (Alter) _____ g/g Kreatinin

Name _____ Vorname _____ geb. am ____ (Tag)/ ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Nierenbiopsie

Wurde eine Nierenbiopsie durchgeführt?

ja nein

Erste Biopsie

____ (Tag)/ ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Zweite Biopsie

____ (Tag)/ ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Dünne Basalmembran-Nephropathie (TBMN)

Alport-Syndrom

Fokal segmentale Glomerulosklerose (FSGS)

Ohne Befund

Sonstiger Befund: _____

Medikation

Besteht Medikation?

ja nein

ACE-Hemmer

ja nein

seit: ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Cyclosporin

ja nein

seit: ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Sonstige Medikamente: _____

seit: ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Dialyse und Nierentransplantation

Besteht Dialysepflicht?

ja nein

Hämodialyse

seit: ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Peritonealdialyse

seit: ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Wurde eine Nierentransplantation durchgeführt?

ja nein

Erste Transplantation

____ (Tag)/ ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Zweite Transplantation

____ (Tag)/ ____ (Monat)/ ____ (Jahr)

Transplantat-Versagen aufgrund von

Rezidiv

Abstoßung

Bestand vor Dialyse/Transplantation eine arterielle Hypertonie?

ja

nein

Anmerkungen

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Mühe.

Bitte füllen Sie noch folgende Zeilen aus, damit wir Sie bei Rückfragen erreichen können.

Name:

Datum:

Unterschrift:

Berufsadresse: