

International ISLET TRANSPLANT REGISTRY

Department of Medicine • University Hospitals Giessen
Rodthohl 6 • D-35392 Giessen • Germany



Phone: (49) 641-99-42842 • Fax: (49) 641-99-42849 • E-Mail: ITR@innere.med.uni-giessen.de

ADULT ISLET ALLOGRAFT FOLLOW-UP FORM

— INSTITUTION AND RECIPIENT IDENTIFICATION

Institution #	Transplant Center	Case #	Local Code	Date of Tx
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MM / DD / Year

— PATIENT STATUS

Current Status	Date of Death	Cause of Death
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MM / DD / Year Alive Dead unknown Death related to islet tx yes no

— GRAFT FUNCTION AND IMMUNOSUPPRESSION

	Insulin U/day	C-Peptide		Glucose		Sustacal Stimulation Index	HbA1c %	Creatinine <input type="radio"/> mg/dL <input type="radio"/> µmol/L	Prednis. mg/day
		basal <input type="radio"/> ng/mL	stimulated <input type="radio"/> pmol/mL	basal <input type="radio"/> mg/dL	stimulated <input type="radio"/> mmol/L				
PreTx	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 wk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 mo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 mo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 mo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 yr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 yrs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Please make sure that C-Peptide and Glucose Levels are corresponding, i.e. taken from the same sample or at least drawn at the same time !

Off Insulin	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>	Insulin Independence	Maintainance Immunosuppression
Resumed Insulin	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>	Months Days	<input type="checkbox"/> None
Islet Failure	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Cyclosporine
Lost to Follow-Up	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Tacrolimus
	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Azathioprine
	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Mycophenolate Mofetil
	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Steroids
	<input type="text"/>	Day	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Discontinued

MM / DD / Year

Presumed Cause of Complete Graft Failure

<input type="checkbox"/> Primary Nonfunction	<input type="checkbox"/> Rejection	<input type="checkbox"/> Infection
<input type="checkbox"/> Death of Patient	<input type="checkbox"/> Unknown	
<input type="checkbox"/> Insuff. Islet Mass	<input type="checkbox"/> Comment	

© AOS&MB 03/2001

— REJECTION EPISODES

Islets	none until	Date	Day	Anti-Rej. Therapy	Recovery after Rej. Epi.
	1st	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Failed
	2nd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Failed
<input type="checkbox"/> kidney	none until	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Failed
<input type="checkbox"/> liver	1st	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Failed
	2nd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Failed
	3rd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Failed

MM / DD / Year

— COMMENTS ON FOLLOW-UP DATA / COMPLICATIONS

<input type="text"/>	Last Update (MM/DD/YYYY)	<input type="text"/>
	Current Upd. (MM/DD/YYYY)	<input type="text"/>
		<input type="text"/>