

# International ISLET TRANSPLANT REGISTRY

Department of Medicine • Justus-Liebig-University of Giessen  
 Rodthohl 6 • D-35385 Giessen • Germany  
 Phone: (49) 641-99-42842 • Fax: (49) 641-99-42849 •  
 Internet: www.innere.med.uni-giessen.de/itr



## ISLET AUTOGRAFT 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"/>
First and Last Initial		<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	MM / DD / Year	
<input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Dead	Death related to islet tx <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	

### — Islet Autograft Function

	C-Peptide		Glucose		75-g OGTT*	HbA1c %	S-Crea mg/dL μmol/L	Drugs**	Narcotics Yes/No
	Insulin U/day	basal ng/mL	stimulated pmol/mL	basal mg/dL	stimulated mmol/L				
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
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"/>

\* Interpretation according to Diabetes Care 18, Suppl. 1:4, 1995

\*\* Drugs affecting Glucose Tolerance e.g. Glibenclamide etc.

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!

	Date	Day	Month	Insulin Independence
Off Insulin	<input type="text"/>	-> <input type="text"/>	-> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Resumed Insulin	<input type="text"/>	-> <input type="text"/>	-> <input type="text"/>	-> <input type="text"/>
Islet Failure	<input type="text"/>	-> <input type="text"/>	-> <input type="text"/>	Months Days
Lost to Follow-Up	<input type="text"/>			
	MM / DD / Year			

### — Presumed Cause of Complete Graft Failure

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

### — Complications

<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> DIC
<input type="checkbox"/> Portal Vein Thrombosis	<input type="checkbox"/> Infection
<input type="checkbox"/> Portal Hypertension	<input type="checkbox"/> see Comment

### — Comments

Last Update	MM / DD / Year
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Current Update	MM / DD / Year
<input type="text"/>	<input type="text"/>