

対応記入 一覧表

医療機関判定	<ul style="list-style-type: none"> ・血尿単独群で、血液検査で異常のない者 (無症候性血尿) ・体位性蛋白尿
判定会提出	<ul style="list-style-type: none"> ・血尿群 (血清補体または血清クレアチニンの軽度異常のあるもの) ※鹿児島県医師会学校検尿判定会 判定参考資料 ・蛋白尿単独群 (尿蛋白/尿クレアチニン比が0.15以上) ・血尿蛋白尿群
緊急紹介 緊急紹介 判定会提出	<ul style="list-style-type: none"> ・血清クレアチニン値高値 (年齢別基準値を参照) ・血清総蛋白 6 g/dL 以下 ・血清補体C3 低値 ・高血圧 (年齢別基準値を参照) ・肉眼的血尿

医療機関判定 対応基準一覧表

無症候性血尿	<ul style="list-style-type: none"> ・管理区分E (制限無し) ①検尿間隔は、初年度が3ヶ月に1回程度。 その後は年1～2回程度 ②血液検査や(腎機能等) 年1回程度 ③腹部エコーを一度は施行する事が望ましい
体位性蛋白尿	<ul style="list-style-type: none"> ・管理区分E (制限無し) ・検尿年1回
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・血尿単独群で、経過中に蛋白尿や肉眼的血尿の合併の場合は、判定会にご相談ください。