

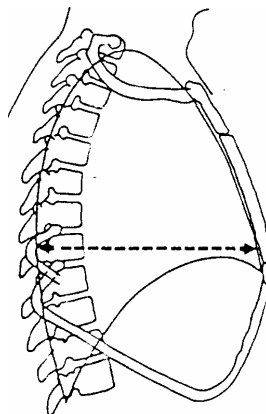
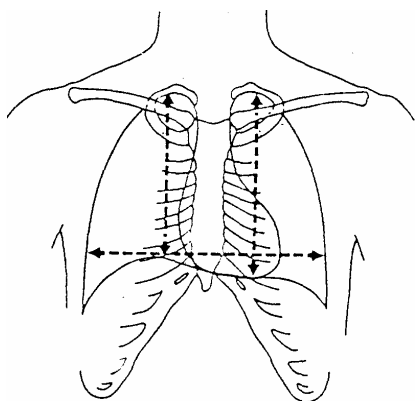
ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY

PŁUCA (SLTX), PŁUC (DLTX), PŁUC I SERCA (HLTX) (nr rejestru _____)

Grupa krwiRh

I

1. Data zgłoszenia:/...../20.....
2. Imię:3. Nazwisko:4. Data ur.:.....
5. Miejsce ur.6. Masa ciała7. Wzrost8. BMI.....m²
8. a) Szpital i oddział zgłaszający biorcę:,
.....,
b) ulica:.....,
c) miejscowość:d) Kod: _ _ - _ _ _
e) telefon: ().....,
f) Lekarz opiekujący się chorym..... tel.,
9. Adres pacjenta a) ulica.....,
b) miejscowość c) Kod: _ _ - _ _ _
d) województwo:,
e) PESEL: _ _ - _ _ - _ _ - _ _
f) telefon domowy:()..... g) dodatkowy nr tel: ().....
10. Numer Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: _ _ _
12. Nr telefonu Pogotowia w miejscu zamieszkania: ().....
13. WYMIARY



VI. Wywiad

- a) układ oddechowy
- b) układ trawienny
- c) układ moczowo - pęciowy.....
- d) układ nerwowy
- e) układ kostno - stawowy

*VII. Badanie hemodynamiczne data :...../...../.....
PVRdyn x s/cm⁵ TPG (PAm – PCWP) mmHg, PAm mmHg,
PCWP mmHg CVP mmHg, COl/mm. CI.....l/min./m²
Koronarografia TAK ث NIE ث EF z wentrykulografii%

VIII. Badanie UKG data :...../...../.....
LV: EDDmm, ESDmm, EDVml, EF% COml/min.
CI..... ml/min./m² SVml/uderzeń LA mm RV..... mm
Obecność dyskinezy: TAK ث NIE ث w jakim obszarze

Badanie dopplerowskie:

1. P pulmonary max mmHg, x..... mmHg, ACT ms
2. MV amplituda A mm, ampl.E mm, E/A
3. UKG po obciążeniu dobutaminą ()

IX. Badania serologiczne:

- | | | |
|-------------------|-------------|-------------------------------|
| a) antygen HBs | nieobecny ث | obecny ث |
| b) p – ciała HCV | nieobecne ث | obecne ث |
| c) p – ciała HIV | nieobecne ث | obecne ث |
| d) p – ciała VDRL | nieobecne ث | obecne ث |
| *e) p – ciała CMV | nieobecny ث | obecne: w klasie IgG ث; IgM ث |
| *f) toxoplazmoza | nieobecny ث | obecne: w klasie IgG ث; IgM ث |
| *g) p – ciała EBV | nieobecny ث | obecne: w klasie IgG ث; IgM ث |

*X. Badanie PRA%

XI. Test zużycia tlenu ml/kg/min data:...../...../.....

XII. Inne badania laboratoryjne:

a) morfologia krwi:

Leukocyty10³/dl, Eryocyty10⁶/dl, Hgbmg/dl
Htc%, Ptl10³dl,

b) układ krzepnięcia:

APTT INR.....

c) badania biochemiczne:

kreatynina mg/dl mocznik.....mg/dl
K⁺ mEq/L Na⁺mEq/l
Bilirubina mg %
AspAT UI ALAT.....UI
białko całkowiteg/dl

XIII. Badania czynnościowe płuc (załączyć wynik)

1. Spirometria data:...../...../.....
2. Bodypletyzmografia data :...../...../.....
3. Gazometria data:...../...../.....
4. Dobowa puls-oksymetria data :...../...../.....

XIV. Badania mikrobiologiczne: data :...../...../.....

1. Wymaz z nosa, gardła i okolicy odbytu w kierunku MRSA
2. Posiew płwociny (gdy pacjent odkrztusza)
- bakteriologia ogólna + BK
- mykologia

XV. *USG jamy brzusznej opcjonalnie, w przypadku CF - obowiązkowo* data:...../...../.....

XVI. EKG spoczynkowe data :...../...../.....

XVII. Badania obrazowe (załączyć wyniki)

1. RTG klatki piersiowej PA data :...../...../.....
2. HRCT data:...../...../.....
3. Scyntygrafia perfuzyjna płuc (dotyczy SLTx) data :...../...../.....
4. Angiografia naczyń wieńcowych (chory z grupy ryzyka) data:...../...../.....

XVIII. Wstępna kwalifikacja

TRANSPLANTACJA SERCE/PŁUCA	TAK	NIE
TRANSPLANTACJA PŁUCA	TAK	NIE
REHABILITACJA	TAK	NIE
LECZENIE ZACHOWAWCZE	TAK	NIE

Osoba zgłaszająca chorego do transplantacji.....

Data...../...../.....

Podpis.....
Pieczęć

XIX. Osoba kwalifikująca.....

Data...../...../.....

Podpis.....

XX. Pisemna zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu.

Data/...../.....

Podpis

W przypadku ujemnego HBS, proszę o rozpoczęcie szczepienia ENGERIXEM B (warunkiem przyjęcia do szpitala jest podanie przynajmniej 2 pierwszych dawek).

Wskazane jest dokonanie konsultacji wykluczających obecność czynnego procesu zapalnego (stomatolog, laryngolog, urolog/ginekolog itp.) oraz choroby nowotworowej.

Przyjmowany do Śląskiego Centrum Chorób Serca powinien posiadać następujące dokumenty: legitymacje ubezpieczeniową lub emeryta/rencisty, skierowanie od lekarza prowadzącego, potwierdzenie szczepienia Engerixem, aktualny HBS (ważny 3 mies.) oraz ujemny wynik posiewów z nosa i gardła w kierunku metycylinoopornego gronkowca złocistego – MRSA (ważny 3 mies.).

Ankiety prosimy przysyłać na adres:

Biuro Koordynacji Przeszczepu Serca

Śląskie Centrum Chorób Serca

ul. Szpitalna 2 41-800 Zabrze tel. 032/ 37-33-694, fax. 032/ 37-33-722 w godzinach od 8⁰⁰-15⁰⁰

Zespół koordynatorów ds. przeszczepu:

Specjalista pulmonolog: Dr n med. Dariusz Jastrzębski tel. 032/ 373-22-24

Koordinatorka Przeszczepu Serca i Płuc : Krzysztof Tkocz tel. 0602817360 (całą dobę)

Koordinatorka Regionalny Poltransplant : Dr n med. Wojtek Saucha tel. 0605-588-881

*Informacja o kwalifikacji wysłano:

1. do pacjenta – data: Podpis:.....

*POLTRANSPLANT – Krajowa Lista Biorców naczyń Unaczynionych:

dataPodpis:

*** W przypadku braku możliwości technicznych badanie zostanie wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu.**