



## ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY SERCA (nr rejestru \_\_\_\_\_)

Data zgłoszenia: ..... / ..... / ..... (wypełnia Biuro Koordynacji)

Grupa krwi

Rh (słownie)

*Dołączyć odpis grupy krwi*

### 1. Dane administracyjne biorcy

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

województwo

Kod pocztowy

		-		
--	--	---	--	--

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Telefon kontaktowy

Telefon kontaktowy

### 2. Dane antropometryczne biorcy

Masa ciała [kg]

Wzrost [cm]

Obwód klatki

BMI

BSA [m<sup>2</sup>]

piersiowej [cm]

### 3. Dane adresowe szpitala zgłaszającego biorcę

Nazwa Szpitala

Nazwa Oddziału

województwo

Miejscowość

ulica

Numer

Telefon

Fax

### 4. Dane lekarza zgłaszającego

Imię

Nazwisko

Telefon

email

### 5. Rozpoznanie kliniczne

1.

2.

3.

4.

k. rozstrzeniowa k. przerostowa k. restrykcyjna 

a) inne .....

b) nadciśnienie płucne NIE TAK

**6. Wskazania do transplantacji**

a) niewydolność krążenia NIE TAK

b) niestabilna choroba wieńcowa bez możliwości pomostowania NIE TAK

c) odporne na leczenie zagrażające życiu arytmie NIE TAK

d) inne wskazania (proszę wpisać jakie) .....

**7. Wydolność krążenia**

Poziom INTERMACS	Klasa wg NYHA	Opis	Proszę wybrać
I. Wstrząs kardiogeny	IV	Niestabilność hemodynamiczna mimo zwiększanych dawek katecholamin i/lub mechanicznego wspomaganie krążenia z ciężką hipoperfuzją kluczowych narządów (ciężki wstrząs kardiogeny)	<input type="checkbox"/>
II. Postępująca dekompensacja mimo stosowania leków inotropowych	IV	Dożylne wsparcie inotropowe z akceptowalnym ciśnieniem tętniczym, ale szybkim pogarszaniem funkcji nerek, stanu odżywienia lub nasileniem objawów zastoju	<input type="checkbox"/>
III. Stabilny, ale zależny od leków inotropowych	IV	Stabilność hemodynamiczna przy niskich lub pośrednich dawkach leków inotropowych, ale koniecznych z powodu hipotonii, nasilania objawów lub postępującej niewydolności nerek	<input type="checkbox"/>
IV. Objawy spoczynkowe	Ambulatoryjna IV	Możliwe czasowe odstawienie leków inotropowych, ale objawy często nawracające typowo z cechami zastoju	<input type="checkbox"/>
V. Nietolerancja wysiłku	Ambulatoryjna IV	Pełnie zaniechanie aktywności fizycznej, pacjent stabilny w spoczynku, ale częsta umiarkowana retencja płynów i pewien poziom dysfunkcji nerek	<input type="checkbox"/>
VI. Ograniczona tolerancja wysiłku	III	Ograniczona aktywność fizyczna, brak cech zastoju w spoczynku: męczliwość przy niewielkiej aktywności	<input type="checkbox"/>
VII. Zaawansowana niewydolność serca	III	Pacjent w III klasie wg NYHA bez obecnej i niedawno stwierdzonej retencji płynów	<input type="checkbox"/>

**8. Czynniki ryzyka:**

a) przebyte operacje:

1.		Data			/			/				
2.		Data			/			/				
3.		Data			/			/				

b) niewydolność oddechowa NIE TAK

c) niewydolność nerek (GFR.....) NIE TAK

d) niewydolność wątroby (Bilirubina ....., INR .....) NIE TAK

e) cukrzyca (HbA1c ..... ) Insulina  NIE TAK

f) palenie tytoniu NIE TAK

- g) czy pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich NIE            TAK
- h) czy pacjent systematycznie przyjmuje leki NIE            TAK
- i) czy pacjent wymaga stosowania dożylnych wlewów katecholamin w chwili zgłoszenia NIE            TAK
- j) czy pacjent wymagał stosowania dożylnych wlewów katecholamin w ciągu ostatnich 3 miesięcy NIE            TAK
- k) zakrzepica obwodowa NIE            TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć wynik badań obrazowych układu żylnego/tętniczego do ankiety.

### 9. Obecnie stosowanie leki

	Lek	Dawka
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
	<b>Leczenie przeciwzakrzepowe:</b>	
1.	Warfin/Syncumar	
2.	ASA	
3.	NOAC	

### 10. Wywiad:

- a) układ oddechowy: .....
- .....
- b) układ trawienny: .....
- .....
- c) układ moczowo-płciowy: .....
- .....

- d) układ nerwowy: .....
- .....
- e) układ kostno-stawowy: .....
- .....

### 11. Pomiary hemodynamiczne

Data badania .....	Wyjściowo	po NPS/NTG/NO/milrinon (*) max. dawka leku .....
PVR (j. Wooda)		
PAm (mmHg) – min/max/śr		
PCWP (mmHg) – min/max/śr		
TPG [PAm-PCWP] (mmHg)		
CO (l/min)		
CI (l/min/m <sup>2</sup> )		
BP pomiar krwawy (mmHg)		
CVP (mmHg)		
HR		

\* próbę odwracalności przeprowadzać u pacjentów z TPG  $\geq 12$  mmHg i/lub PVR  $\geq 2,5$  j. Wooda

### Inne informacje z badania inwazyjnego

.....

.....

### 12. Koronarografia

NIE

TAK

w przypadku odpowiedzi TAK proszę podać datę badania ..... / ..... / ..... i załączyć wynik

### 13. Badanie UKG

data badania: ..... / ..... / ..... (proszę załączyć wynik)

#### a) Lewa komora

Wymiar końcoworozkurczowy (LVEDD) [cm]

Wymiar końcowoskurczowy (LVESD) [cm]

Fracja wyrzutowa EF [%]

Objętość końcoworozkurczowa (EDV) [ml]

Objętość końcowoskurczowa (ESV) [ml]

Wymiar lewego przedsionka [cm]

Pole powierzchni lewego przedsionka [cm<sup>2</sup>]

#### b) Prawa komora

Wymiar końcoworozkurczowy (RVEDD) [cm]

Wymiar końcowoskurczowy (RVESD) [cm]

Wymiar prawego przedsionka [cm]

Szerokość tętnicy płucnej [cm]

RVSP [mmHg]

TAPSE [cm]

**d) Ocena zastawek serca**

Mitralna	
Trójdzielna	
Aortalna	
Płucna	

**e) Wada wrodzona (opis wady w przypadku pacjenta z wadą serca)**


**f) Obecność dyskinezy**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać w jakim obszarze


**14. Badania serologiczne:**

HBs Ag	nieobecny	obecny
anty-HCV	nieobecne	obecne
anty-HIV	nieobecne	obecne
VDRL	nieobecny	obecny

**Badania wykonywane w SCCS po zakwalifikowaniu biorcy do transplantacji serca**

anty-CMV	nieobecne	obecne: w klasie IgG	IgM
anty-toxoplazma	nieobecne	obecne: w klasie IgG	IgM
anty-EBV	nieobecne	obecne: w klasie IgG	IgM

**15. Badania laboratoryjne**

Leukocyty		Kreatynina	
Erytrocyty		GFR	
Hemoglobina		Białko całkowite	
Hematokryt		Albuminy	
Płytki		Bilirubina całkowita	
APTT		AST	
INR		ALT	
NTpro-BNP		Na <sup>+</sup>	
Mocznik		K <sup>+</sup>	

**16. USG kończyn dolnych (u pacjentów >40 r.ż.)** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

**17. USG tętnic szyjnych (u pacjentów >40 r.ż.)** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

**18. Maksymalne wysiłkowe zużycie tlenu lub marsz 6 minutowy** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać wartość  $VO_{2\max}$

ml/kg/min

Lub przebyty dystans

metrów

**19. PRA** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać wartość ..... % <sup>(1)</sup>

data badania: ..... /..... /.....

**20. CROSS-MATCH** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę o zabankowanie krwi <sup>(1)</sup>

data wysłania materiału..... /..... /.....

**21. Spirometria** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

**22. Wynik monitorowania holterowskiego (Holter EKG/ciśnieniowy)** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety

**23. Choroba nowotworowa w wywiadzie** NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania histopatologicznego do ankiety oraz wykonać poniższe badania.

U pacjentów powyżej 55 r.ż. oznaczenie poziomów markerów nowotworowych jest wymagane.

MARKERY			
CEA		CA 125	
AFP		$\beta$ HCG	
CA 19.9		PSA	

**Dane lekarza zgłaszającego:**

.....  
(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć** ..... data ..... /..... /.....

<sup>1</sup> Badanie może zostać wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze.

## ZAŁĄCZNIKI DO ANKIETY

### 24. Informacja o stanie pacjenta w tym o przebytych operacjach pozakardiologicznych i innych istotnych zdarzeniach medycznych

Proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 25. Informacja o wykonanych szczepieniach i immunizacjach

Proszę załączyć kserokopię karty szczepień lub innego dokumentu potwierdzającego wykonanie szczepienia lub immunizacji.

### 26. Konsultacja psychologiczna NIE                      TAK

Proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 27. Konsultacja psychiatryczna NIE                      TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 28. Konsultacja stomatologiczna NIE                      TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 29. Badania obrazowe w formie elektronicznej (USG/UKG/MR/TK) NIE                      TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć nośnik elektroniczny do ankiety.

### 30. Diagnoza społeczna w miejscu zamieszkania NIE                      TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis sytuacji socjalnej pacjenta do ankiety oraz uzyskać podpis zgody pacjenta.

### Wymagana pisemna zgoda na przeprowadzenie diagnozy

#### Zgoda pacjenta

- a. Wyrażam zgodę na sporządzenie przez właściwy ośrodek pomocy społecznej w miejscu zamieszkania opinii na temat mojego funkcjonowania w tym ustalenia sytuacji materialno-bytowej oraz możliwości wsparcia ze strony rodziny

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis ..... data ..... / ..... / .....

## KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

### ZGODY

#### 16. Lekarz zgłaszający biorcę

Czytelny podpis i pieczęć ..... data ..... /..... /.....

#### 17. Zgoda pacjenta <sup>(2)</sup>

- a. Wyrażam zgodę na kwalifikację do transplantacji serca.
- b. Wyrażam zgodę na umieszczenie na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z art. 17 pkt. 1 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005r. Nr 169, poz. 1411 z póź. zm).
- c. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu kwalifikacji do transplantacji serca i wpisania na Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000).

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis ..... data ..... /..... /.....

#### 18. Zgoda rodziców/opiekunów prawnych

- a. Wyrażamy zgodę na kwalifikację do transplantacji serca naszego dziecka/podopiecznego\*.....
- b. Wyrażamy zgodę na umieszczenie na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z art. 17 pkt. 1 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005r. Nr 169, poz. 1411 z póź. zm).
- c. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych i medycznych naszego dziecka/podopiecznego\* ..... w celu kwalifikacji do transplantacji serca i wpisania na Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000).

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis ..... data ..... /..... /.....

Czytelny podpis ..... data ..... /..... /.....

<sup>2</sup> Także pisemna zgoda pacjenta, który ukończył 13 rok życia.

\* niepotrzebne skreślić



## KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

W związku z przetwarzaniem danych osobowych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych działając na podstawie przepisu art.13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Śląskie Centrum Chorób Serca z siedzibą przy ul. Marii Curie - Skłodowskiej 9 w Zabrze (41-800), tel. 32/37-33-800, email: [sekretariat.ekonomiczny@sccs.pl](mailto:sekretariat.ekonomiczny@sccs.pl)
- 2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze: tel. 32/ 33-37-859, email [iod@sccs.pl](mailto:iod@sccs.pl)
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia, zarządzania usługami opieki zdrowotnej.
- 4) Odbiorcą danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do uzyskiwania dokumentacji medycznej lub danych medycznych.
- 5) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego/organizacji międzynarodowej.
- 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo: do ich sprostowania, do przenoszenia danych oraz do wniesienia sprzeciwu.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy w/w ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
- 9) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i wynika z przepisów art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Czytelny podpis pacjenta** ..... data ..... /..... /.....

## WYNIK POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

### 19. Sprawdzono pod względem formalnym i medycznym przez koordynatora transplantacji.

Podpis ..... data ..... / ..... / .....

**Kwalifikacja do zabiegu:**       aktywny                       planowy                       pilny  
 grupa obserwacyjna  
 dyskwalifikacja

#### Uwagi dotyczące kwalifikacji:

.....  
.....  
.....  
.....

#### Kwalifikacja do LVAD:

a) **TAK**

Uwagi: .....

.....

b) **NIE**

Uwagi: .....

.....

### 20. Skład zespołu kwalifikującego:

..... **Podpis i pieczęć**..... data ..... / ..... / .....  
(Kierownik zespołu Transplantolog)

..... **Podpis i pieczęć**..... data ..... / ..... / .....  
(imię i nazwisko)

..... **Podpis i pieczęć**..... data ..... / ..... / .....  
(imię i nazwisko)

..... **Podpis i pieczęć**..... data ..... / ..... / .....  
(imię i nazwisko)

### 21. Informacja o kwalifikacji wysłana do Krajowej Listy Oczekujących Poltransplant:

Podpis ..... data ..... / ..... / .....

## INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA ANKIETY

Przed wypełnieniem Ankiety potencjalnego biorcy serca proszę uważnie przeczytać instrukcję oraz wydrukować dwustronnie.

1. Proszę nie wypełniać pola - Data zgłoszenia.
2. Dołączyć odpis grupy krwi.
3. Przed wypełnieniem i przesłaniem ankiety konieczne jest dokonanie konsultacji wykluczających obecność czynnego procesu zapalnego lub nowotworowego u potencjalnego biorcy serca (stomatolog, laryngolog, urolog, ginekolog, gastroenterolog itp.).
4. U pacjenta powyżej 55 r.ż. wymaga się wykonania oznaczeń markerów nowotworowych oraz wykonanie przepływów w tętnicach szyjnych i biodrowych.
5. W przypadku braku szczepienia przeciwko WZW typu B oraz COVID zalecane jest wykonanie takiego szczepienia.
6. Przyjmowany do Śląskiego Centrum Chorób Serca pacjentka/pacjent powinien posiadać skierowanie do szpitala.

**Ankiety prosimy przysyłać na adres:**

**Biuro Koordynacji Transplantacji**  
**Śląskie Centrum Chorób Serca**  
**41-800 Zabrze, ul. M. Skłodowskiej - Curie 9**  
**Tel. 32/37-33-694, tel./fax. 32/3733722 w godzinach od 08.00-15.00**  
**lub elektronicznie na adres e-mail:**  
[ohr@sccs.pl](mailto:ohr@sccs.pl), [b.krol@sccs.pl](mailto:b.krol@sccs.pl)

### **Koordynatorzy:**

Mgr Bogumiła Król - Koordynator Transplantacji, Kierownik Biura Koordynacji Transplantacji

Krzysztof Tkocz - Koordynator Transplantacji

### **UWAGA !!!**

**Ankieta wypełniona nieprawidłowo lub niekompletna  
będzie zwrócona celem uzupełnienia braków.**