



Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii SUM

Śląskie Centrum Chorób Serca, 41-800 Zabrze ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, www.sccs.pl

Dział Koordynacji Transplantacji - tel. (032) 47 93 694

Zespół kwalifikujący do transplantacji serca u dzieci:

dr n. med. Szymon Pawlak - kierownik zespołu, dr n. med. Joanna Śliwka - z-ca kierownika zespołu

dr n. med. Arkadiusz Wierzyk - kardiolog dziecięcy

ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY SERCA PONIŻEJ 18 R.Ż (nr rejestru _____)

Data zgłoszenia: / / (wypełnia Dział 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

Opiekun prawny I
(imię i nazwisko)

Telefon kontaktowy

Opiekun prawny II
(imię i nazwisko)

Telefon kontaktowy

2. Dane antropometryczne biorcy

Masa ciała [kg]

Wzrost [cm]

Obwód klatki

BMI

BSA [m²]

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

- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| a) kardiomiopatia niedokrwienna | NIE | TAK |
| b) kardiomiopatia rozstrzeniowa | NIE | TAK |
| c) kardiomiopatia przerostowa | NIE | TAK |
| d) wada wrodzona serca | NIE | TAK |

(w przypadku wady serca opis wady proszę umieścić w pkt. 13 e)

e) inne

1.
2.
3.

- | | | |
|------------------------|-----|-----|
| f) nadciśnienie płucne | NIE | TAK |
|------------------------|-----|-----|

6. Wskazania do transplantacji

- | | | |
|---|-----|-----|
| a) niewydolność krążenia | NIE | TAK |
| b) nawracające migotanie komór | NIE | TAK |
| c) nawracający częstoskurcz komorowy | NIE | TAK |
| d) inne wskazania (proszę wpisać jakie) | | |

7. Wydolność krążenia (zaznacz jedną pozycję)

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)	☐
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 zastój	☐
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	☐
IV. Objawy spoczynkowe	Ambulatoryjna IV	Możliwe czasowe odstawienie leków inotropowych, ale objawy często nawracające typowo z cechami zastój	☐
V. Nietolerancja wysiłku	Ambulatoryjna IV	Pełnie zaniechanie aktywności fizycznej, pacjent stabilny w spoczynku, ale częsta umiarkowana retencja płynów i pewien poziom dysfunkcji nerek	☐
VI. Ograniczona tolerancja wysiłku	III	Ograniczona aktywność fizyczna, brak cech zastój w spoczynku: męczliwość przy niewielkiej aktywności	☐
VII. Zaawansowana niewydolność serca	III	Pacjent w III klasie wg NYHA bez obecnej i niedawno stwierdzonej retencji płynów	☐

8. Czynniki ryzyka

a) przebyte operacje:

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

b) niewydolność płuc NIE TAK

c) niewydolność nerek NIE TAK

d) niewydolność wątroby NIE TAK

e) cukrzyca 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.

10. Obecnie stosowanie leki

Lek

Dawka

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Polopiryna NIE TAK

Syncumar/Sintron/Warfin NIE TAK

11. Wywiad

a) układ oddechowy:

.....

b) układ trawienny:

.....

Stosowane diety i specjalne potrzeby żywieniowe.....

.....

.....

c) układ moczowo-płciowy:

.....

d) układ nerwowy:

.....

e) układ kostno-stawowy:

.....

12. Pomiary hemodynamiczne

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

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

Inne informacje z badania inwazyjnego

.....

.....

.....

.....

13. Badanie UKG data badania: / / (proszę załączyć wynik)

a) Lewa komora

Wymiar końcoworozkurczowy (LVEDD) [cm]	
Wymiar końcowoskurczowy (LVESD) [cm]	
Frakcja wyrzutowa EF [%]	
Objętość końcoworozkurczowa (EDV) [ml]	
Objętość końcowoskurczowa (ESV) [ml]	
Wymiar lewego przedsionka [cm]	
Pole powierzchni lewego przedsionka [cm ²]	

b) Prawa komora

Wymiar końcoworozkurczowy (RVEDD) [cm]	
Wymiar końcowoskurczowy (RVESD) [cm]	
Wymiar prawego przedsionka [cm]	
Szerokość tętnicy płucnej [cm]	

c) Pomiary hemodynamiczne

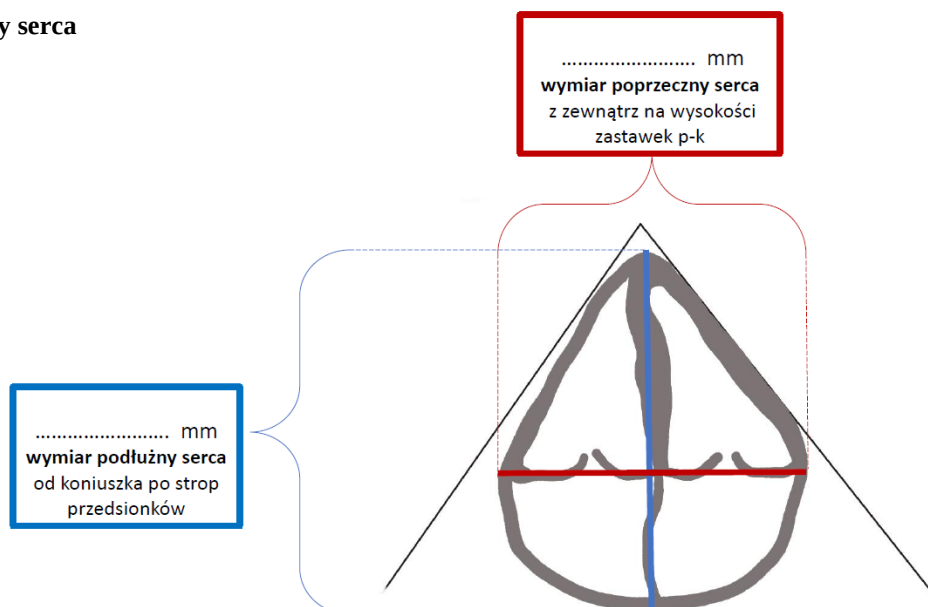
RVSP [mmHg]	
TAPSE [cm]	

d) Ocena zastawek serca

Mitralna	
Trójdzielna	
Aortalna	
Płucna	

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

f) Wymiary serca



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 ⁺	
Mocznik		K ⁺	

16. Maksymalne wysiłkowe zużycie tlenu

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać wartość VO_{2 max}

ml/kg/min

17. PRA⁽¹⁾

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać wartość %

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

18. CROSS-MATCH

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę o zabankowanie krwi ⁽¹⁾

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

19. Wynik monitorowania holterowskiego (Holter EKG/ciśnieniowy)

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety

20. Choroba nowotworowa w wywiadzie

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety

Dane lekarza zgłaszającego:

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

¹ Badanie może zostać wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

ZAŁĄCZNIKI DO ANKIETY

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

Proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

22. Informacja o wykonanych szczepieniach i immunizacjach

Proszę załączyć kserokopię karty szczepień, książeczki zdrowia dziecka lub innego dokumentu potwierdzającego wykonanie szczepienia lub immunizacji.

24. Konsultacja psychologiczna	NIE	TAK
--------------------------------	-----	-----

Proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

25. Konsultacja psychiatryczna	NIE	TAK
--------------------------------	-----	-----

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

26. Konsultacja stomatologiczna	NIE	TAK
---------------------------------	-----	-----

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

27. Badania obrazowe w formie elektronicznej (USG/UKG/MR/TK)	NIE	TAK
--	-----	-----

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć nośnik elektroniczny do ankiety.

28. Diagnoza społeczna w miejscu zamieszkania	NIE	TAK
---	-----	-----

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

Wymagana pisemna zgoda na przeprowadzenie diagnozy

Zgoda opiekuna/opiekunów

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

PESEL

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

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

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

ZGODY

28. Lekarz zgłaszający biorcę

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

29. Zgoda pacjenta ⁽²⁾

- 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).
- d. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu transplantacji.

PESEL

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

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

30. 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).
- d. Jesteśmy świadomi ryzyka związanego z zabiegiem oraz możliwych powikłań. Zostaliśmy poinformowani o wszystkich aspektach medycznych, proceduralnych i prawnych związanych z transplantacją. Zgadzamy się na przeprowadzenie zabiegu transplantacji.

PESEL

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

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

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

² 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, fax. 32/37-33-766, email: sekretariat.ekonomiczny@sccs.pl
- 2) Inspektorem ochrony danych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu jest Pan Rafał Fabry tel. 32/ 33-37-859, fax. 32/37-33-766, email 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

31. 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:

.....

32. 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)

33. 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:

**Dział Koordynacji Transplantacji
Śląskie Centrum Chorób Serca
41-800 Zabrze, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9
Tel. 32/47-93-694 w godzinach od 08.00-15.00
lub elektronicznie na adres e-mail:
ohr@sccs.pl, b.krol@sccs.pl, n.gliniecka@sccs.pl**

Koordynatorzy:

mgr Bogumiła Król - Koordynator Transplantacji, Kierownik Działu Koordynacji Transplantacji
Krzysztof Tkocz - Koordynator Transplantacji

UWAGA !!!

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