

ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY PŁUC (nr rejestru _____)

Data zgłoszenia: / / (wypełnia Biuro Koordynacji)

Grupa krwi

Rh (słownie)

Dołączyć odpis grupy krwi

1. Dane administracyjne biorcy

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	województwo	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu <input type="text"/>	Nr mieszkania <input type="text"/>
Telefon kontaktowy	<input type="text"/>	Telefon kontaktowy	<input type="text"/>

2. Dane antropometryczne biorcy

<u>Masa ciała</u> [kg]	<input type="text"/>	<u>Wzrost</u> [cm]	<input type="text"/>
------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

3. Dane adresowe szpitala zgłaszającego biorcę

Nazwa Szpitala	<input type="text"/>		
Nazwa Oddziału	<input type="text"/>		
województwo	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
ulica	<input type="text"/>	Numer	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

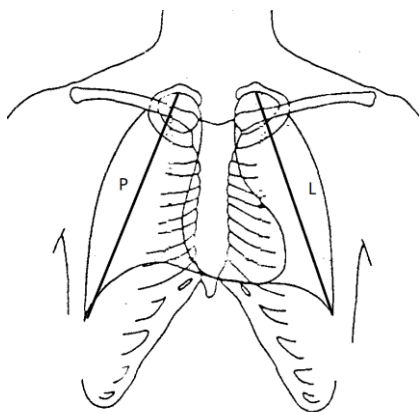
4. Dane lekarza zgłaszającego

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>

5. Rozpoznanie kliniczne

-
-
-
-

6. Wymiary klatki piersiowej



Wymiar (cm) P..... L.....

7. Czynniki ryzyka:

a) przebyte operacje (szczególnie w obrębie klatki piersiowej):

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 (od kiedy stop)NIE TAK

g) czy pacjent stosuje się do zaleceń lekarskichNIE TAK

h) czy pacjent systematycznie przyjmuje lekiNIE TAK

i) czy pacjent wymaga stosowania tlenoterapii w chwili zgłoszeniaNIE TAK

jeśli wybrano TAK to z jakim przepływem tlenul/min; czas h/dobę

j) czy pacjent miał lub ma aktywne krwiopluciaNIE TAK

k) zakrzepica obwodowaNIE TAK

8. Wywiad:

a) układ trawienny:

b) układ moczowo-płciowy:

c) układ nerwowy:

d) układ kostno-stawowy:

9. Obecnie stosowanie leki

	Lek	Dawka
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
	Leczenie przeciwzakrzepowe:	
1.	Warfin/Syncumar	
2.	ASA i inne p/płytkowe	
3.	NOAC	

10. Pomiary hemodynamiczne (dotyczy tylko pacjentów z IPA/PAH)

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 ²)		
BP pomiar krwawy (mmHg)		
CVP (mmHg)		
HR		

Inne informacje z badania inwazyjnego

.....

11. Koronarografia (mężczyźni > 40 r.ż.; kobiety w wieku pomenopauzalnym) NIE TAK

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

12. USG naczyń kończyn dolnych (u pacjentów >40 r.ż.) NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

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

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

14. Badanie UKG

data badania: / / (proszę załączyć wynik).

a) Lewa komora

Wymiar końcoworozkurczowy (LVEDD) [cm]

Wymiar końcowoskurczowy (LVESD) [cm]

Fracja wyrzutowa EF [%]

b) Prawa komora

Wymiar końcoworozkurczowy (RVEDD) [cm]

Wymiar końcowoskurczowy (RVESD) [cm]

Szerokość tętnicy płucnej [cm]

RVSP [mmHg]

TAPSE [cm]

d) Ocena zastawek serca

Mitralna

Trójdzielna

Aortalna

Płucna

f) Obecność dyskinezy

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać w jakim obszarze

15. 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 płuc

anty-CMV

nieobecne

obecne: w klasie IgG IgM

anty-toxoplazma

nieobecne

obecne: w klasie IgG IgM

anty-EBV

nieobecne

obecne: w klasie IgG IgM

16. Badania laboratoryjne

Leukocyty

Kreatynina

Erytrocyty

GFR

Hemoglobina

Białko całkowite

Hematokryt

Albuminy

Płytki

Bilirubina całkowita

APTT

AST

INR

ALT

NTpro-BNP

Na⁺

Mocznik

K⁺

17. Test 6-minutowego chodu:

NIE

TAK

Przebyty dystans (m): Saturacja przed: Saturacja po:

18. Badania czynnościowe płuc (wyniki proszę dołączyć w załączeniu)

1.	Spirometria FEV1: FVC:	Data			/			/			
2.	Gazometria tętnicza pO2: pCO2: pH	Data			/			/			
3.	Bodypletyzmografia	Data			/			/			

19. Badania mikrobiologiczne (wyniki proszę dołączyć w załączeniu)

1.	Wymaz z nosa, gardła i okolicy odbytu w kierunku MRSA	Data			/			/			
2.	Posiew płwociny (gdy pacjent odkrztusza)	Data			/			/			
3.	Bakteriologia ogólna + BK	Data			/			/			
4.	Mykologia	Data			/			/			

20. Badania obrazowe (wyniki proszę dołączyć w załączeniu)

1.	RTG klatki piersiowej PA	Data			/			/			
2.	HRCT	Data			/			/			
3.	Angiografia naczyń wieńcowych (chory z grupy ryzyka)	Data			/			/			
4.	USG jamy brzusznej	Data			/			/			
5.	EKG spoczynkowe	Data			/			/			

21. PRA

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać wartość % ⁽¹⁾ data badania: /..... /.....**22. CROSS-MATCH**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę o zabankowanie krwi ⁽¹⁾ data wysłania materiału..... /..... /.....**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		βHCG	
CA 19.9		PSA	

Dane lekarza zgłaszającego:

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

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

ZAŁĄCZNIKI DO ANKIETY

24. Informacja o stanie pacjenta, w tym o przebytych operacjach 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.

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| a) szczepienie przeciwko WZW typu B | NIE | TAK |
| b) szczepienie przeciwko COVID-19 | NIE | TAK |
| c) inne | | |

26. Konsultacja psychologiczna

Proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

27. Konsultacja psychiatryczna

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

28. Konsultacja stomatologiczna

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć wynik konsultacji do ankiety.

29. Konsultacja gastroenterologiczna

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć wynik konsultacji do ankiety.

30. Konsultacja urologiczna/ginekologiczna

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć wynik konsultacji do ankiety.

31. Badania obrazowe w formie elektronicznej (USG/UKG/MR/TK)

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć nośnik elektroniczny do ankiety.

32. Densytometria kości

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć wynik do ankiety.

33. Inne

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć wynik do ankiety.

ZGODY

34. Lekarz zgłaszający biorcę

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

35. Zgoda pacjenta ⁽²⁾

- Wyrażam zgodę na kwalifikację do transplantacji płuc.
- 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).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu kwalifikacji do transplantacji płuc 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 /..... /.....

36. Zgoda rodziców/opiekunów prawnych

- Wyrażamy zgodę na kwalifikację do transplantacji płuc naszego dziecka/podopiecznego*.....
- 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).
- Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych i medycznych naszego dziecka/podopiecznego* w celu kwalifikacji do transplantacji płuc 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 /..... /.....

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, email: 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
- 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

37. 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:

TRANSPLANTACJA PŁUC
TRANSPLANTACJA POJEDYNCZEGO PŁUCA LEWE PRAWE
TRANSPLANTACJA SERCA I PŁUC
TRANSPLANTACJA PŁUC +
(Proszę podać narząd)

W przypadku kwalifikacji do wielonarządowego przeszczepienia płuc i wątroby lub płuc i nerki prosimy o wypełnienie odpowiedniego załącznika.

38. Skład zespołu kwalifikującego:

..... Podpis i pieczęć..... data / /
(Kierownik Programu, Transplantolog)

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

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

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

39. Informacja o kwalifikacji wysłana do Krajowej Listy Oczekujących Poltransplant:

Podpis data / /

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA ANKIETY

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

1. Proszę nie wypełniać pola - Data zgłoszenia.
2. Dołączyć odpis grupy krwi.
3. Podkreślone dane są konieczne: wzrost, waga, grupa krwi, rozpoznanie.
4. Przed wypełnieniem i przesłaniem ankiety konieczne jest dokonanie konsultacji wykluczających obecność czynnego procesu zapalnego lub nowotworowego u potencjalnego biorcy płuc (stomatolog, urolog/ginekolog, gastroenterolog itp.).
5. U pacjenta powyżej 40 r.ż. wymaga się wykonania przepływów w tętnicach szyjnych i biodrowych.
6. W przypadku braku szczepienia przeciwko WZW typu B oraz COVID-19 zalecane jest wykonanie takiego szczepienia.
7. Do każdej ankiety prosimy załączyć skierowanie do Poradni Transplantacji Płuc w SCCS celem kwalifikacji do transplantacji płuc: kod resortowy: 1650
8. Przyjmowana/y 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:
b.krol@sccs.pl, m.faron@sccs.pl**

Zespół kwalifikujący Oddziału Transplantacji Płuc z Pododdziałem Mukowiscydozy, Pododdziałem Chirurgii Klatki Piersiowej i Pododdziałem Chorób Płuc:

Dr n. med. Maciej Urlik – kardiochirurg, transplantolog, Koordynator Programu Transplantacji Płuc

Dr hab. n. med. Marek Ochman – transplantolog, specjalista chorób wewnętrznych i chorób płuc oraz medycyny pracy, Koordynator Oddziału Transplantacji Płuc

Dr n. med. Tomasz Stącel – kardiochirurg, transplantolog.

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.**