

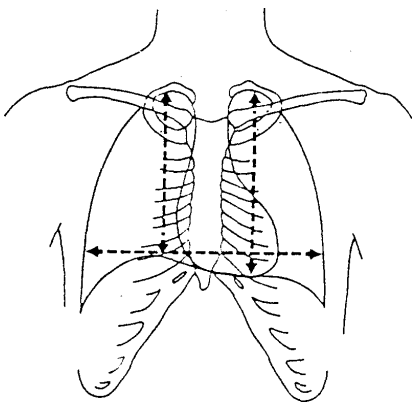


Śląskie Centrum Chorób Serca
Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Transplantologii,
Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM
41-800 Zabrze, ul. M. Skłodowskiej – Curie 9
Tel. 32/ 37-33-700, fax. 32/37-33-722
Kierownik: prof. dr hab. med. Marian Zembala,
Koordynator Programu Transplantacji Płuc: Dr med. Marek Ochman

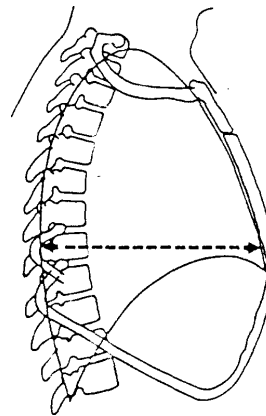
ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY (nr rejestru:)*
PŁUCA (SLT), PŁUC (DLT), PŁUC I SERCA (HLT)

Grupa krwi: _____ **Rh:** _____

- I.
1. Data zgłoszenia: / /20.....
2. Imię: _____ 3. Nazwisko: _____ 4. Data ur.: _____
5. Miejsce ur.: _____ 6. Masa ciała: kg 7. Wzrost: cm 8. BMI: _____
9. a). Szpital i Oddział zgłaszający biorcę: _____
- b). ulica: _____
- c) miejscowość: _____ d). kod: _____
- e) telefon: () _____
- f) Lekarz opiekujący się chorym: _____ tel.: _____
10. a). Adres pacjenta: _____
- b). miejscowość: _____ c). kod: _____
- d). województwo: _____
- e). PESEL: — — — — — — — — — —
- f). tel.domowy: () _____ g). dodatkowy nr tel.: _____
11. Numer Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: _____
12. Numer telefonu Pogotowia w miejscu zamieszkania: () _____
13. WYMIARY



obwód: 1/ wys. sutków



2/ wys luków żeber

II. Rozpoznanie kliniczne będące wskazaniem do przeszczepu:

III. Czynniki ryzyka:

a). przebyte operacje:

- data:

- data:

b). niewydolność innych narządów: nerek TAK [] NIE [], wątroby TAK [] NIE []

c). cukrzyca: TAK [] NIE [], HBA1C d). palenie tytoniu: TAK [] NIE []

e). przetoczenia krwi: TAK [] NIE [], f). porody: TAK [] NIE []

IV. a). wydolność układu oddechowego :

MRC I []

MRC II []

MRC III []

MRC IV []

b) wydolność wieńcowa

CCS I []

CCS II []

CCS III []

CCS IV []

V. Obecnie stosowane leczenie:

1. Farmakologiczne:

LP	LEK	DAWKA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

Polopiryna: TAK [] NIE []

Syncumar/Sintrom TAK [] NIE []

INR:

2. Chirurgiczne:

a). rodzaj zabiegu:

data:

b). rodzaj zabiegu:

data:

VI. Wywiad

a). układ oddechowy:

b). układ trawienny:

c). układ moczowo-płciowy:

d). układ nerwowy:

e). układ kostno-stawowy:

*VII. Badanie hemodynamiczne data: / /

PVR dyn x s/cm⁶ TPG (PAm – PCWP) mmHg, PAm mmHg

PCWP mmHg, CVP mmHg, CO l/min, CI l/min./m²

Koronarografia: TAK [] NIE [] EF z wentrykulografii: %

VIII. Badanie UKG data: / /

LV: EDD - mm, ESD - mm, EDV - ml, EF- %, CO - ml/min

CI - ml/min./m², SV - ml/uderzeń, LA - mm, RV - mm

obecność dyskinezy: TAK [] NIE [], w jakim obszarze:

IX. Badania serologiczne:

a). antygen HBs nieobecny [] obecny []

b). p – ciała HCV nieobecne [] obecne []

c). p – ciała HIV nieobecne [] obecne []

d). p – VDRL nieobecne [] obecne []

*e). p – ciała CMV nieobecne [] obecne: w klasie IgG [], IgM []

*f). toxoplazmoza nieobecny [] obecny: w klasie IgG [], IgM []

*g). p – ciała EBV nieobecne [] obecne: w klasie IgG [], IgM []

* X. Badanie PRA %

XI. Test 6 minutowego chodu data: / /

dystans:

XII. Inne badania laboratoryjne:

a). morfologia krwi:

Leukocyty - 10³/dl, Erytrocyty - 10⁶/dl, Hgb - mg/dl

Htc - %, Ptl - 10³/dl

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 całkowite - g/dl

XIII. Badania czynnościowe płuc (załączyć wynik):

1. Spirometria data: / /
2. Bodypletyzmografia data: / /
3. Gazometria data: / /

XIV. Badania mikrobiologiczne: data: / /

1. Wymaz z nosa, gardła i okolic odbytu w kierunku MRSA

2. Posiew płwociny (gdy pacjent odksztusza)

- bakteriologia ogólna + BK

- mykologia

- odczyn tuberkulinowy lub IGRA

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

XVI. EKG spoczynkowe data: / /

XVI. Badanie densytometryczne kości 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 SERCA i PŁUC TAK [] NIE []

TRANSPLANTACJA PŁUCA/PŁUC TAK [] NIE []

REHABILITACJA TAK [] NIE []

LECZENIE ZACHOWAWCZE TAK [] NIE []

Osoba zgłaszająca chorego do transplantacji:

data: / /

podpis

pieczęć

XIX. Zgoda pacjenta na zabieg: data/...../.....

29. Kierownik zespołu Transplantolog*: Podpis..... Data/...../.....

Kardiochirurg*: Podpis..... Data/...../.....

Lekarz prowadzący: Podpis..... Data/...../.....

Kwalifikacja do zabiegu: – aktywny – planowy – pilny

– grypa obserwacyjna

– dyskwalifikacja

Uwagi dotyczące kwalifikacji:

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

Informacja o kwalifikacji wysłana do*:

Krajowej Listy Biorców Narządów Unaczynionych/ Poltransplant – Podpis..... Data/...../.....

UWAGA!

Konieczne jest dokonanie konsultacji wykluczających obecność czynnego procesu zapalnego lub nowotworowego (stomatolog, laryngolog, urolog/ginekolog, gastroenterolog, itp.)

W przypadku ujemnego wyniku HBs Ag, proszę o rozpoczęcie szczepienia **ENGERIXEM B** (warunkiem przyjęcia do szpitala jest podanie przynajmniej 2 pierwszych dawek). Przyjmowany do Śląskiego Centrum Chorób Serca powinien posiadać następujące dokumenty: legitymacje ubezpieczeniową lub emeryta/rencisty, skierowanie od lekarza prowadzącego, aktualny wynik HBs Ag (ważny 3 mies.) oraz wynik posiewów z nosa i gardła w kierunku metycyloopornego gronkowca złocistego – MRSA (ważny 3 mies.).

Kontakt w sprawach biorców: Poradnia Transplantacji Płuc tel. 32/ 47-93-403 w godzinach od 8⁰⁰-15⁰⁰

Ankiety prosimy przysyłać na adres:

Biuro Koordynacji Transplantacji

Śląskie Centrum Chorób Serca

41-800 Zabrze, ul. M. Skłodowskiej - Curie 9

Tel. 32/3733694, tel./fax. 32/3733722

e-mail: b.krol@sccs.pl

Zespół koordynatorów ds. przeszczepu płuc:

Koordynator Programu Transplantacji Płuc: dr n. med. Marek Ochman, tel. 32/ 47 93 483, 403

Konsultanci: dr n. med. Marek Ochman, dr n. med. Mirosław Nęcki, tel. 32/47 93 441

Kardiochirurdzy odpowiedzialni za Program Przeszczepu Płuc: lek. med. Maciej Urlik, dr n. med. Tomasz Stącel

Mgr Bogumiła Król, Krzysztof Tkocz, Koordynator Transplantacji, tel. 604-128-162

Dr med. Wojciech Saucha, Koordynator Regionalny Poltransplant tel. 32/ 47 93 500

*** W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI TECHNICZNYCH BADANIE ZOSTANIE WYKONANE W ŚLĄSKIM CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU.**