

## INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA ANKIETY

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

1. Do wypełnienia ankiety potrzebna będzie przeglądarka Adobe Acrobat Reader w wersji IX lub wyższej. Ankiety można także wypełnić ręcznie piśmem drukowanym lub maszynowo.
2. W ankiecie należy wypełnić wszystkie pola a w szczególności pola pojawiające się w czerwonej ramce.
3. Wypełnianie ankiety można przerwać w każdej chwili i wrócić do niej po wcześniejszym zapisaniu.
4. Proszę nie wypełniać pola nr 1 - Data zgłoszenia.
5. Po wypełnieniu wszystkich pól ankiety należy ją wydrukować i podpisać:
  - a. w punkcie 24 - czytelny podpis lekarza prowadzącego wraz z pieczętą
  - b. w punkcie 25 - czytelny podpis pacjenta, także pacjenta, który ukończył 13 lat,
  - c. w punkcie 26 - czytelny podpis opiekunów prawnych pacjenta w przypadku, gdy pacjent jest niepełnoletni lub pacjent jest ubezwłasnowolniony.
6. 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.).
7. W przypadku ujemnego wyniku HBs Ag, wskazane jest rozpoczęcie szczepienia ENGERIXEM B lub inną szczepionką przeciwko WZW typu B.
8. Przyjmowany do Śląskiego Centrum Chorób Serca pacjentka/pacjent powinien posiadać następujące dokumenty:
  - a. legitymację ubezpieczeniową lub emeryta/rencisty,
  - b. skierowanie od lekarza prowadzącego POZ,
  - c. aktualny wynik HBsAg (ważny 3 miesiące),
  - d. aktualny wynik posiewów z przedsonka nosa w kierunku gronkowca złocistego.

**Ankiety prosimy przesyłać 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](mailto:b.krol@sccs.pl)**

**Koordinatorzy:**

Mgr Bogumiła Król - Koordynator Transplantacji, Kierownik Biura Koordynacji Transplantacji  
Krzysztof Tkocz - Koordynator Transplantacji, tel. 604-128-162  
Dr n med. Wojciech Saucha - Koordynator Regionalny Poltransplant

**UWAGA !!!**

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



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

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

Grupa krwi

Rh (słownie)

**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.

- a) kardiomiopatia niedokrwienna NIE TAK
- b) kardiomiopatia zastoinowa NIE TAK
- c) kardiomiopatia przerostowa NIE TAK
- d) wada zastawkowa w postaci schyłkowej NIE TAK

jeśli wybrano TAK to proszę podać jaka:

- .....
- e) wada wrodzona serca NIE TAK

(w przypadku wady serca opis wady proszę umieścić w pkt. 14e)

- f) inne .....
- g) nadciśnienie płucne NIE TAK

**6. Wskazania do transplantacji**

- a) niewydolność krążenia NIE TAK
- b) niestabilna choroba wieńcowa bez możliwości pomostowania NIE TAK
- c) nawracające migotanie komór NIE TAK
- d) nawracający częstoskurcz komorowy NIE TAK
- e) inne wskazania (proszę wpisać jakie) .....

**7. Wydolność krążenia**

NYHA I NYHA II NYHA III NYHA IV

**8. Wydolność wieńcowa**

CCS I CCS II CCS III CCS IV

**9. Czynniki ryzyka:**

- a) przebyte operacje:

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

### 10. Obecnie stosowanie leki

	Lek	Dawka		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
	Polopiryna		NIE	TAK
	Syncumar/Sintron/Warfin		NIE	TAK

### 11. Wywiad:

- a) układ oddechowy: .....
- .....
- b) układ trawienny: .....
- .....
- c) układ moczowo-płciowy: .....
- .....
- d) układ nerwowy: .....
- .....
- e) układ kostno-stawowy: .....
- .....
- f) inne: .....
- .....

## 12. Pomiary hemodynamiczne (ośrodki dysponujące pracownią hemodynamiki)

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

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

## 13. Koronarografia

NIE

TAK

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

## 14. 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]

### 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) 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 biorecy 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

**16. Badania laboratoryjne:**

Leukocyty	<input type="text"/>	x10 <sup>9</sup> /l	Kreatynina	<input type="text"/>	mmol/l
Erytrocyty	<input type="text"/>	x10 <sup>12</sup> /l	GFR	<input type="text"/>	ml/min/1,73
Hemoglobina	<input type="text"/>	g/dl	Mocznik	<input type="text"/>	mmol/l
Hematokryt	<input type="text"/>	%	Białko całkowite	<input type="text"/>	g/l
Płytki	<input type="text"/>	x10 <sup>9</sup> /l	Albuminy	<input type="text"/>	g/l
APTT	<input type="text"/>	sek.	Bilirubina całkowita	<input type="text"/>	mmol/l
INR	<input type="text"/>	-	AST	<input type="text"/>	U/l
HbA1c	<input type="text"/>	%	ALT	<input type="text"/>	U/l
NTpro-BNP	<input type="text"/>	Pg/ml	Na <sup>+</sup>	<input type="text"/>	mmol/l
			K <sup>+</sup>	<input type="text"/>	mmol/l

**18. USG kończyn dolnych**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

**19. USG tętnic szyjnych**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

**20. Maksymalne wysiłkowe zużycie tlenu**

NIE

TAK

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

ml/kg/min

**21. PRA**

NIE

TAK

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

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

**22. Spirometria**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

**23. Wynik monitorowania holterowskiego**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety.

**24. Choroba nowotworowa w wywiadzie**

NIE

TAK

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

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

**ZAŁĄCZNIKI DO ANKIETY****25. Krótka informacja o stanie pacjenta**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

**26. Konsultacja psychologiczna**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

**27. Konsultacja psychiatryczna**

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

## ZGODY

### 28. Lekarz zgłaszający biorcę

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

### 29. 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 ..... /..... /.....

### 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).

PESEL 

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

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

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

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

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

**31. Sprawdzono pod względem formalnym i medycznym przez koordynatora transplantacji.**

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

**Kwalifikacja do zabiegu:**

**aktywny**

**planowy**

**pilny**

**grupa obserwacyjna**

**dyskwalifikacja**

**Uwagi dotyczące kwalifikacji:**

.....

.....

.....

.....

**32. Kierownik zespołu Transplantolog:**

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

**Kardiochirurg:**

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

**Lekarz prowadzący Kardiolog:**

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

**Informacja o kwalifikacji wysłana do:**

Krajowej Listy Oczekujących/ Poltransplant:

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