

KWALIFIKACJA BIORCY DO ZABIEGU TRANSPLANTACJI PŁUC

Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie
Koordynator Programu Transplantacji Płuc:

ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY : PLUCA (SLT), PLUC (DLT)

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:

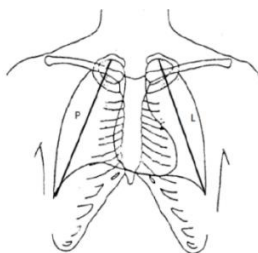
f). tel.domowy: ()

g). dodatkowy nr tel.:

11. Numer Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

12. Numer telefonu Pogotowia w miejscu zamieszkania: ()

13. WYMIARY. W RTG odległość szczytu płuca do kąta przeponowo-żebrowego – po obu stronach (cm)



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

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 []
serca TAK [] NIE []

c). przetoczenia krwi: TAK [] NIE [],

d). porody: TAK [] NIE []

IV. Obecnie stosowane leczenie:

1. Farmakologiczne:

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

Polopiryna: TAK [] NIE []

Warfin TAK [] NIE [] INR:

INNE wpływające na układ krzepnięcia: TAK [] (nazwa i dawka)

NIE []

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 (gdy PAH) 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: / /

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/...../.....**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 Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca powinien posiadać następujące dokumenty: legitymację ubezpieczeniową lub emeryta/rencisty, skierowanie od lekarza prowadzącego.