



KWALIFIKACJA BIORCY DO ZABIEGU TRANSPLANTACJI PŁUC

Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

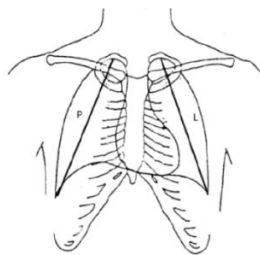
Koordinatorem Programu Transplantacji Płuc

ANKIETA POTENCJALNEGO BUIRCY: PŁUCA (SLT), PŁUC (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. Bodypletyzmozgrafia 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/...../.....

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).