|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BADANIA DO KWALIFIKACJI DO PRZESZCZEPIENIA PŁUC** | planowane | Wykonane |
| **IMIĘ i NAZWISKO** |  |  |
| **BADANIA WSTĘPNE** | | |
| **KREW** | | |
| * badanie grupy krwi w układzie ABO (potwierdzenie) |  |  |
| * Podstawowe bad. biochemiczne, morfologia z rozmazem |  |  |
| * HIV |  |  |
| * HbsAg |  |  |
| * Pciała anty Hbs |  |  |
| * Pciała anty-HCV |  |  |
| * CMV IgG, IgM |  |  |
| * EBV IgG, IgM |  |  |
| * TOXO IgG, IgM |  |  |
| * HSV IgG, IgM |  |  |
| * SARS-CoV-2 IgG |  |  |
| * Lipidogram |  |  |
| * PSA |  |  |
| * IGRA |  |  |
| * **MIKROBIOLOGIA** | | |
| * Wymaz odbyt nosicielstwo |  |  |
| * Wymaz nos nosicielstwo |  |  |
| * **OBRAZOWE/INNE** | | |
| * Tomografia komputerowa klatki piersiowej – HR + kontrast |  |  |
| * Echo (EF, prawe serce), EKG |  |  |
| * USG jamy brzusznej |  |  |
| * Densytometria kości |  |  |
| * **PFT** |  |  |
| * Spirometria z ew. próbą rozkurczową |  |  |
| * Bodypletyzmografia (przy obturacji pre/post SABA) |  |  |
| * TLCO (przy obturacji pre/post SABA) |  |  |
| * 6MWT |  |  |
| * CPET indywidualnie |  |  |
| * **DALSZA KWALIFIKCJA** | | |
| * Ocena ginekologiczna/urologiczna |  |  |
| * Ocena stomatologiczna |  |  |
| * Ocena psychologiczna/psychiatryczna |  |  |
| * Angiografia naczyń wieńcowych (M > 40 rż, K > 45 rż) |  |  |
| * Cewnikowanie prawego serca (tylko przy RSVP > 60 mmHg) |  |  |
| * Gastroskopia |  |  |
| * Kolonoskopia (> 50 rż) |  |  |
| * USG naczyń szyjnych (M>40 rż, K > 45 rż) |  |  |
| * USG naczyń biodrowych i udowych |  |  |
| * TK głowy z kontrastem (indywidualnie) |  |  |