|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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)
 |  |  |