KLINIKA CHIRURGII SERCA, KLATKI PIERSIOWEJ I TRANSPLANTOLOGII ORAZ

KLINIKA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, PNEUMONOLOGII I ALERGOLOGII

CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY

UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE

WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

……………………………. dn. ……………..……..

(pieczątka ośrodka zgłaszającego)

ANKIETA KWALIFIKACJI DO PRZESZCZEPIENIA PŁUC

NAZWISKO I IMIĘ ..................................................................................................................

DATA URODZENIA ........................................ PESEL ...........................................................

**GRUPA KRWI:** ………………………. **WZROST:**……………………………………….

Waga: ………………………… BMI: …………………………………

ADRES PACJENTA/PACJENTKI............................................................................................................

Telefony kontaktowe:

Pacjent .........................................................................................................................................

Rodzina: ………………………………………………………………………………………..

SZPITAL, KLINIKA, ODDZIAŁ ZGŁASZAJĄCY */ADRES/TEL./FAX/*

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*KIEROWNIK KLINIKI/ODDZIAŁU ............................................................................................*

*LEKARZ OPIEKUJĄCY SIĘ CHORYM W SZPITALU* *...............................................................*

***LEKARZ OPIEKUJĄCY SIĘ CHORYM W PORADNI PULMONOLOGICZNEJ (przed i po kwalifikacji do LuTx)***

*Imię i Nazwisko............................................................................................................................*

*Dane kontaktowe (tel/faks) ..........................................................................................................*

**WSKAZANIA / PRZECIWWSKAZANIA DO PRZESZCZEPIENIA PŁUC**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Rozpoznanie:
 |  |  |
| 1. Tlenoterapia

PrzepływOd kiedy |  |  |
| 1. Sterydoterapia dawka:
 |  |  |
| 1. Antybiotykoterapia jaka, od kiedy?
 |  |  |
| 1. Stosowanie ECMO żylno-żylnego

 Długoterminowego – *rodzaj* *data wszczepienia* Krótkoterminowego - *rodzaj* *data założenia*Powikłania stosowanego wspomagania - *rodzaj*  |  |  |
| 1. Okres wydolności NYHA
 |  |  |
| 1. Niestabilna choroba wieńcowa bez możliwości rewaskularyzacji
 |  |  |
| 1. Przebyte operacje torakochirurgiczne - *rodzaj i kiedy*
 |  |  |
| 1. Przebyte operacje inne - *rodzaj/rok*
 |  |  |
|  |  |  |

**Badania obrazowe:**

|  |
| --- |
| Bronchofiberoskopia: *data wykonania**Opis:*  |
| Badanie echokardiograficzne: *data wykonania**Opis:*  |
| Koronarografia*: data wykonania**Opis:*  |
| Tomografia …………………………………. *data wykonania**Opis/wnioski:**Proszę załączyć pełny opis badania* |
| Scyntygrafia perfuzyjna, *data wykonania**Opis/wnioski, stosunek procentowy perfuzji płuca prawego i lewego* |
| Usg jamy brzusznej *data wykonania**Opis:*  |
| Usg tt szyjnych – *data wykonania**Opis:* |
| Rtg klatki piersiowej – *data wykonania**Opis:*  |
| EKG – *data wykonania*Rytm:Szerokość QRS: |

**BADANIA CZYNNOŚCIOWE UKŁADU ODDECHOWEGO (dla obturacji wartości po podaniu leku bronchodilatacyjnego):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wartość bezwzględna** | **% wartości należnej** |
| FEV1 |  |  |
| FVC |  |  |
| FEV1/FVC |  |  |
| TLC |  |  |
| RV |  |  |
| RV/TLC |  |  |
| TLCOc |  |  |
| 6MWT |  |  |
| Delta SpO2 przy 6MWT |  |  |
| VO2maks |  |  |

**GAZOMETRIA KRWI TĘTNICZEJ PRZY FiO2 0,21**

|  |  |
| --- | --- |
| pH |  |
| PaO2 |  |
| PaCO2 |  |
| HCO3 |  |
| SaO2 |  |

**Cewnikowanie prawego serca (jeśli wykonano):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wynik podstawowy** | **Po leku…………………….***Gdy: PASP>50; TPG >15 lub PVR>3jW przy RRs>85mmHg*  |
| **Ao** skurczowe/rozkurczowe/średnie |  |  |
| **PP** skurczowe/rozkurczowe/średnie |  |  |
| **PK** skurczowe/rozkurczowe/średnie |  |  |
| **TP** skurczowe/rozkurczowe/średnie |  |  |
| **TPG** |  |  |
| **RVSP** |  |  |
| **CO** |  |  |
| **CI** |  |  |
| **Naczyniowy opór płucny** |  |  |
| **Systemowy opór naczyniowy** |  |  |
| **Rytm** |  |  |
| **Waga** |  |  |
| **Wzrost** |  |  |
| **BMI** |  |  |

**Badania krwi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Badanie | Wartość | Data wykonania |
| Morfologia: Erytrocyty Hgb Leukocyty Płytki krwi MCV  |  |  |
| CRP |  |  |
| NTproBNP |  |  |
| Mocznik |  |  |
| Kreatynina |  |  |
| eGFR |  |  |
| Na |  |  |
| K |  |  |
| Kwas moczowy |  |  |
| AspAT |  |  |
| AlAT |  |  |
| Bilirubina |  |  |
| INR spontaniczny |  |  |
| Białko całkowite |  |  |
| Albuminy |  |  |
| Glikemia |  |  |
| Hemoglobina glikowana |  |  |
| Cholesterol całkowity |  |  |
| HDL |  |  |
| LDL |  |  |
| TG |  |  |
| HIV |  |  |
| HBsAg |  |  |
| HBsAb ilościowo |  |  |
| HCV |  |  |
| CMV IgG |  |  |
| CMV IgM |  |  |
| EBV IgG |  |  |
| EBV IgM |  |  |
| Toxoplazmoza IgG |  |  |
| Toxoplazmoza IgM |  |  |
| SARS-CoV-2 IgG |  |  |
|  |  |  |
| PSA |  |  |
| TSH |  |  |
| fT3 |  |  |
| fT4 |  |  |
|  |  |  |

**Pozostałe badania i konsultacje**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Badanie** | **Data** | **Opis** |
| Wymaz z nosa *(nosicielstwo)*  |  |  |
| Wymaz z odbytu *(nosicielstwo)*  |  |  |
| Densytometria kości  |  |  |
| Badanie ginekologiczne + cytologia  |  |  |
| Mammografia/Usg piersi   |  |  |
| Sanacja jamy ustnej   |  |  |
| Gastroskopia |  |  |
| Kolonoskopia   |  |  |
| Konsultacja laryngologiczna  |  |  |
| Konsultacja psychologicznaWnioski *(pełna konsultacja w załączeniu)* |  |  |
| **Szczepienia** |
| WZW B |  |  |
| Grypa |  |  |
| Pneumokoki |  |  |
| COVID |  |  |
| RSV |  |  |

**CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | CZAS TRWANIA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**DOTYCHCZASOWE LECZENIE**

Leki stosowane u pacjenta na stałe w ciągu ostatniego miesiąca (w tym leki wziewne, przeciwfibrotyczne, immunosupresyjne, glikokortykosteroidy systemowe):

|  |  |
| --- | --- |
| **LEK** | **DAWKA DOBOWA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/PACJENTKI**

1/ Wyrażam zgodę na kwalifikację do transplantacji płuc.

2

2/ 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 poź. zm).

3/ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu kwalifikacji do transplantacji płuc 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).

**………………….. …………..……..……………………………………….**

data czytelny podpis Pacjenta/Pacjentki

**………………….. …..……..……………………………………………….**

data czytelny podpis lekarza uzyskującego zgodę

**WYNIK POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO**

Kwalifikacja do przeszczepienia płuc

TAK NIE ODROCZONY

Kwalifikacja do przeszczepienia płuc i serca

TAK NIE ODROCZONY

|  |  |
| --- | --- |
| DATA  | Podpis/pieczątka |
| Torakochirurg |  |
| Torakochirurg |  |
| Pulmonolog |  |
| Pulmonolog |  |
| Kardiochirurg |  |
| Kardiolog |  |
| Anestezjolog |  |
| Koordynator |  |

Uwagi dotyczące operacji/przygotowania przeszczepienia: