



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – 1A

(wypełnia koordynator stacji dializ)

Ośrodek kierujący \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko koordynatora \_\_\_\_\_

Data zgłoszenia do Punktu Konsultacyjnego \_\_\_\_\_

**Nazwisko i imię biorcy nerki** \_\_\_\_\_

Pesel \_\_\_\_\_ Grupa krwi \_\_\_\_\_

Stopień pokrewieństwa z dawcą \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Przyczyna niewydolności nerek \_\_\_\_\_

Czy chory jest dializowany: TAK / NIE\*, HD / DO\*

Czy chory znajduje się na Krajowej Liście Oczekujących: TAK / NIE\*

Czy występują przeciwwskazania do przeszczepienia nerki takie jak: choroba nowotworowa, uogólnione zakażenie, niestabilna choroba wieńcowa: TAK / NIE\*

**Nazwisko i imię potencjalnego dawcy nerki** \_\_\_\_\_

Pesel \_\_\_\_\_ Grupa krwi \_\_\_\_\_

Stopień pokrewieństwa z dawcą \_\_\_\_\_

Czy u kandydata na dawcę występują następujące schorzenia:

- nadciśnienie tętnicze: TAK / NIE\* jeśli TAK, to ile leków przyjmuje:
- cukrzyca: TAK / NIE\*
- choroba nowotworowa: TAK / NIE\*
- choroby wątroby: TAK / NIE\*
- choroby nerek: TAK / NIE\*
- choroby serca: TAK / NIE\*

Data i podpis \_\_\_\_\_

\* właściwie proszę zakreślić