



PROTOKÓŁ KWALIFIKACYJNY DAWCY NERKI

(wypełnia lekarz Zespołu Kwalifikacyjnego)

Imię i nazwisko _____ M / K*
Data urodzenia _____ Pesel _____
Adres _____
Grupa krwi _____ Wzrost _____ Waga _____
Kontakt telefoniczny _____ Zawód _____
Stopień pokrewieństwa z biorcą _____
Biorca niespokrewniony _____
Zgoda sądu _____

Próba krzyżowa (cross-match): _____ data wykonania _____

Technika wykonania próby krzyżowej: klasyczna
 Elisa
 FCXM

Wynik próby krzyżowej: dodatni ujemny

Badanie podmiotowe – w załączeniu

Badanie przedmiotowe – w załączeniu

Badania dodatkowe wg listy – w załączeniu oryginały wyników badań
oznaczenie grupy krwi

morfologia

OB, CRP

wirusy (HBV, HCV, HIV-1, HIV-2, EBV, CMV)

biochemia (elektrolity, kreatynina, transaminazy, bilirubina, glukoza)

lipidogram, koagulogram, proteinogram, TSH, PSA (♂)

badanie ogólne moczu, mikroalbuminuria, posiew moczu

RTG kłp, USG j. brzusznej, angio-CT tętnic nerkowych, scyntygrafia nerek.

Badania kardiologiczne:

- EKG
- echo serca
- próba wysiłkowa
- koronarografia/CT tętnic wieńcowych wg zaleceń kardiologa

Konsultacje specjalistyczne – w załączeniu

- okulistyczna
- ginekologiczna (♀)
- urologiczna (♂)
- kardiologiczna
- chirurga transplantologa

Inne badania i konsultacje zgodnie z zaleceniami Zespołu Kwalifikacyjnego

Wszystkie w/w badania na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2001r w sprawie wymagań dla kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu.

Badanie podmiotowe: _____ data _____

Układ krążenia:

Układ oddechowy:

Układ pokarmowy:

Układ moczowo – płciowy:

Układ kostno – stawowy:

Układ nerwowy:

Zabiegi operacyjne i urazy:

Choroby w rodzinie:

Uzależnienia i alergie:

Szczepienie p-WZWB:

Badanie przedmiotowe: _____ data _____

Wygląd ogólny, budowa ciała, zabarwienie i stan skóry, stan odżywienia:

Węzły chłonne:

Obrzęki:

Głowa:

Szyja:

Klatka piersiowa:

Jama brzuszna:

Objaw Goldflama:

Kończyny i ruchomość w stawach:

Tętno na tętnicach obwodowych:

Żylaki:

Objawy oponowe:

Stan psychiczny:

Inne:

Podpis osoby wypełniającej protokół:

Nazwisko i imię _____ Data _____

Opinia nefrologa:

Opinia chirurga:

Opinia psychologa:

Zbiorcza opinia Zespołu Kwalifikacyjnego

Brak przeciwwskazań do pobrania nerki

NIE KWALIFIKUJE się do pobrania nerki – uzasadnienie:

Podpisy członków Zespołu Kwalifikacyjnego

Data

Wersja 2/2011