

## TRYB BADANIA\*: CITO/ RUTYNOWY

(\* właściwe podkreślić)

DANE KLINICZNE PACJENTA

imię i nazwisko pacjenta.....

adres.....

PESEL: .....

data biopsji (d/m/r): .....

## cel biopsji:

 rozpoznanie choroby nerek monitorowanie skuteczności terapii/progresji patologii nerek (kolejna biopsja)

## kliniczne rozpoznanie choroby nerek:

.....

.....

początek choroby (m/r): .....

choroby nerek w rodzinie:  tak,  nie,  bdjeśli tak sprecyzuj:  FSGS,  z. Alporta,  ch. cienkich błon,  IgAN,  
 inne,  nieznane rozpoz.,  krwenny dializowany/po Tx.

## czy w przeszłości były wykonywane biopsje nerek u tego pacjenta?

## jeśli tak sprecyzuj:

 data biopsji..... rozpoznanie..... ośrodek rozpoznający.....przebieg aktualnej choroby nerek:  ostry,  przewlekły  brak danychniewydolność nerek:  gwałtownie postęp.,  ONN,  PChN,  bez NNzespół kliniczny:  z. nerczycowy,  niernerczycowy białkomocz z. nefrytyczny  krwinkomocz/krwiomoczobjawy kliniczne:  obrzęki,  anemia,  krwioplucie,  bóle lędźwi, bóle stawowe,  gorączkanadciśnienie tętnicze:  tak,  nie,  kontrolowane farmakologicznie

wartości:...../.....mmHg

przebyta faza nadciśnienia złośliwego:  tak,  nie,  brak danychINNE CHOROBY:nietolerancja glukozy:  tak,  niecukrzyca:  nie, tak:  typ 1,  typ 2,  posterydowa,  inny typretinopatia cukrzycowa:  tak,  nie,  nie badano

początek cukrzycy .....(rok)

## nowotwór złośliwy:

 nie, tak (typ):.....  obecnie,  w wywiadachzapalenie stawów:  nie,  tak: (typ).....pierwsze objawy choroby nerek w ciąży ciąża w okresie 12 miesięcy przed biopsją pacjentka aktualnie w ciąży choroba serca:  nie,  tak (rozpoznanie): .....miażdżycza obwodowa:  nie,  takch. płuc:  nie,  tak:.....choroby wątroby:  nie,  tak:.....ch. hematologiczne:  nie,  tak:.....ch. układu pokarmowego  nie,  tak:.....toczeń:  nie,  tak, podtyp.....

inne (nie wymienione) schorzenia:.....

aktualna terapia:  dializy,  plazmafereza,  SM w bolusach MMF,  CsA,  doustne glikokortykosteroidy inny lek immunosupresyjny, jaki:.....

- NLPZ,  Diuretyki,  ACE-inhibitory/blokery receptora (ARB),  
 Beta-blokery,  leki hipolipemizujące.  
 inne leki, potencjalnie nefrotoksyczne.....

wzrost pacjenta: ..... cm, masa ciała: ..... kg

DANE LABORATORYJNE:badanie krwipłytki:  obniżone,  wysokie,  prawidłowe

stężenie kreatyniny:..... mg/dl, lub ..... μmol/l,

eGFR:.....ml/min

stężenie białka całkowite:.....g/dl,

stęż. albumin:.....g/dl,

stęż. cholesterolu:..... mg/dl lub .....mmol/l

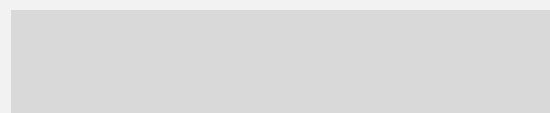
ANCA:  C (PR3)  dodatnie,  ujemne,  nie badano P(MPO)  dodatnie,  ujemne,  nie badanoANA:  dodatnie,  ujemne,  nie badanoanty-ds DNA:  dodatnie,  ujemne,  nie badanoanty-GMB:  dodatnie,  ujemne,  nie badanodopełniacz:C3:  obniżony,  prawidłowy,  nie badano,C4:  obniżony,  prawidłowy,  nie badanokrioglobuliny:  tak,  nie,  nie badano,białko monoklonalne:  nie,  nie badano, tak: sprecyzuj.....czy oznaczano stosunek wolnych lekkich łańcuchów (FLC)w surowicy: tak,  nie badano,jeśli tak: czy stosunek wolnych λ / κ sugeruje gammopatię  
monoklonalną? tak,  niebiałko SAA:  norma,  podwyższone,  nie badanoASO:  podwyższone,  nie podwyższone,  nie badanoaktywne zakażenia: HBV  tak,  nie,  nie badanoHCV  tak,  nie,  nie badanoHIV  tak,  nie,  nie badanobadanie moczuobjętość:  norma,  anuria,  oliguria,  poliuria

białkomocz:.....g/24h, .....mg/dl

mikroalbuminuria:  tak,  nie,  nie badanoosad:  makroskopowy krwiomocz,  krwinkomocz,  bakteriiuria, dysmorficzne erytrocyty,  leukocyturiawałeczki:  szkliste,  ziarniste,  nieobecne,  nie badanoepizody ZUM w przeszłości:  tak,  nie,  brak danych

długość nerek (USG): prawa ..... cm / lewa..... cm

EW. UWAGI:.....



Pieczętka i podpis lekarza zlecającego badanie

Wykonano badania: MŚ:  tak,  nie  
**(ZAZNACZA PATOLOG)** IFL:  tak,  nie  
 ME:  tak,  nie

**Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:**

- 1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione od podatku VAT.
- 2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.