

**BIOPSJA PRZESZCZEPU NERKOWEGO – SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO****TRYB BADANIA\* : CITO/ RUTYNOWY**

(\* właściwe podkreślić)

Nazwisko i imię pacjenta	.....
PESEL/ wiek pacjenta	.....
Data biopsji	.....
Adres pacjenta	.....
Data i godzina przyjęcia biopsji	.....
Ośrodek wykonujący biopsję	.....
Poprzednie biopsje (daty, lub nr)	.....

<b>Dane kliniczne</b>						
Który to przeszczep		<input type="radio"/> 01, <input type="radio"/> 02, <input type="radio"/> 03, <input type="radio"/> 04				
Data przeszczepienia (d/m/r)		..... / ..... / .....				
Wskazania do biopsji:		0. biopsja "0" <input type="radio"/> 2. biopsja ze wskazań <input type="radio"/> 3. biopsja protokolarna <input type="radio"/> 4. grafektomia <input type="radio"/>				
podstawowa immunosupresja	Prednisolon/enkorton	<input type="radio"/>	Everolimus/Rapamycyna	<input type="radio"/>	Anty/IL-2	<input type="radio"/>
	AZA	<input type="radio"/>	CsA	<input type="radio"/>	ATG	<input type="radio"/>
	MPA	<input type="radio"/>	Tacrolimus	<input type="radio"/>	inne	<input type="radio"/>
Pacjent NIE przyjmował leków immunosupresyjnych			<input type="radio"/> NIE	<input type="radio"/> TAK, od ..... tygodni		

W ciągu ostatnich 6-miesięcy zmniejszono dawki/odstawiono któryś z leków IS	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE		
Jeśli tak, to który lek/leki :	<input type="radio"/> CsA/TAC	<input type="radio"/> AZA/MPA	<input type="radio"/> everolimus/RAPA	<input type="radio"/> prednisolon/encorton

Czy pacjent otrzymał leczenie przeciwko odrzucaniu w ciągu tygodnia <u>przed</u> biopsją		<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE	
Jeśli TAK sprecyzuj:	Pulsy SM	<input type="radio"/>	Plazmaferezy	<input type="radio"/>
	OKT3	<input type="radio"/>	immunoglobuliny	<input type="radio"/>
	Thymoglob/ATG	<input type="radio"/>		
Pacjent jest obecnie dializowany		<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE	
Ciśnienie tętnicze krwi	..... / .....			
białkomocz	..... .g/d, lub ..... .mg%			
Stężenie kreatyniny:	Minimalne: .....mg%.(.....µmol/l)		Obecne (ostatnie) .....mg (.....µmol/l)	
	Wzrost o .....mg% w czasie .....			
GFR (MDRD)	..... ml/min			
Status wirusologiczny: zakażenie		<input type="radio"/> HBV	<input type="radio"/> HCV	

Zakażenie wykryte w ciągu ostatniego miesiąca:		
1. BKV	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
2. CMV	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
3. Herpes	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
4. HBV	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
5. HCV	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE

6. bakteryjne	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
7. grzybicze	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Zwężenie tętnicy do nerki przeszczepionej	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Utrudnienie odpływu moczu	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Lymphocele	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE

**Proszę o wypełnienie jedynie przy pierwszej biopsji przeszczepu**

Wiek dawcy	..... lat	Płeć dawcy m <input type="radio"/> , f <input type="radio"/>	
Dawca			
żywy			
zmarły	Przyczyna zgonu	Uraz <input type="radio"/>	Krwawienie do OUN/udar <input type="radio"/>
		Inne <input type="radio"/> Sprecyzuj:.....	
Czas niedokrwienia	ciepłe I ..... (min.)		
	zimne I ..... godzin.		
Grupa krwi dawcy .....		Grupa krwi biorcy.....	
HLA dawcy	A .....	B.....	DR .....
HLA biorcy	A .....	B.....	DR .....
Liczba niezgodności	A .....	B .....	DR .....
PRA	..... % (maks)		..... % (ostatnie)
Przyczyna niewydolności nerek własnych			
	Potwierdzona biopsyjnie <input type="radio"/> przypuszczalna <input type="radio"/>		
Czas trwania DGF (czas trwania dializoterapii po Tx) .....dni			

Rozpoznanie kliniczne

Ewentualne pytania klinicysty:

.....

.....

.....

Skierowanie wypełnił:.....

**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.