

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)	.....

Dane kliniczne						
Który to przeszczep		○1, ○2, ○3, ○4				
Data przeszczepienia (d/m/r)	 / /				
Wskazania do biopsji:		0. biopsja "0" ○				
		2. biopsja ze wskazań ○				
		3. biopsja protokolarna ○				
		4. graftektomia ○				
podstawowa immunosupresja	Prednisolon/enkorton	○	Everolimus/Rapamycyna	○	Anty/IL-2	○
	AZA	○	CsA	○	ATG	○
	MPA	○	Tacrolimus	○	inne	○
Pacjent NIE przyjmował leków immunosupresyjnych				○ NIE	○ TAK, od tygodni	

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

Czy pacjent otrzymał leczenie przeciwko odrzucaniu w ciągu tygodnia <u>przed</u> biopsją		○ TAK	○ NIE	
Jeśli TAK sprecyzuj:	Pulsy SM	○	Plazmaferezy	○
	OKT3	○	immunoglobuliny	○
	Thymoglob/ATG	○		
Pacjent jest obecnie dializowany		○ TAK	○ 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		○ HBV	○ HCV	

Zakażenie wykryte w ciągu ostatniego miesiąca:		
1. BKV	○ TAK	○ NIE
2. CMV	○ TAK	○ NIE
3. Herpes	○ TAK	○ NIE
4. HBV	○ TAK	○ NIE
5. HCV	○ TAK	○ NIE
6. bakteryjne	○ TAK	○ 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	<input type="radio"/> Żywy spokrewniony <input type="radio"/> <input type="radio"/> Żywy niespokrewniony <input type="radio"/>		
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 2004r. 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.