

Ośrodek kierujący:

BIOPSJA PRZESZCZEPU NERKOWEGO Zlecenie Badania
Histopatologicznego
do
Zakładu Patomorfologii NSSU
ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków



Nazwisko		Imię Pacjenta			
PESEL	Wiek	Płeć	M	K	

Adres

Data biopsji: _____	Ośrodek wykonujący biopsję: _____
Data i godzina przyjęcia biopsji: _____	Poprzednie biopsje (daty, lub nr): _____

Dane kliniczne

Który 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 przed biopsją TAK NIE

Jeśli TAK sprecyzuj:	Pulsy SM	Plazmaferezy
	OKT3	immunoglobuliny
	Thymoglob/ATG	

Pacjent jest obecnie dializowany: TAK NIE

Cięnienie 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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2. CMV	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3. Herpes	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4. HBV	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5. HCV	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6. bakteryjne	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
7. grzybicze	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zwężenie tętnicy do nerki przeszczepionej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Utrudnienie odpływu moczu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Lymphocele	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Proszę o wypełnienie jedynie przy pierwszej biopsji przeszczepu

Wiek dawcy	_____ lat	Płeć dawcy:	Mężczyzna		Kobieta
Dawca					
Żywy spokrewniony				Żywy niespokrewniony	
Zmarły	Przyczyna zgonu	Uraz		Krwawienie do OUN/udar	
		Inne		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			przypuszczalna	
Czas trwania DGF (czas trwania dializoterapii po Tx) _____ dni					

Rozpoznanie kliniczne. Ewentualne pytania klinicysty:

Skierowanie wypełnił :	_____
------------------------	-------

Data i godz. utrwalenia materiału _____ Rodzaj utrwalacza _____ Data wystawienia skierowania _____	Pieczętka i podpis lekarza kierującego
--	--

Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowych, niezbędnych badań TAK do kwoty..... NIE

Zgodnie z § 5 ust. 1 i 2 Umowy w przypadku udzielenia świadczeń wykraczających poza zakres umowy, ale niezbędnych dla prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych Szpitalowi Uniwersyteckiemu przysługuje wynagrodzenie według cen określonych w Regulaminie Organizacyjnym, chyba że zaznaczono powyżej, że nie wyraża się zgody na wykonanie dodatkowych badań. Brak zgody oznacza przyjęcie do wiadomości, że rozpoznanie patomorfologiczne może nie być zupełne, jak również zobowiązanie się do nie dochodzenia żadnych roszczeń wynikających z powyższego faktu.

- 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.