


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 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Adres		Ośrodek wykonujący biopsję:	
Data biopsji:		Ośrodek wykonujący biopsję:	
Data i godzina przyjęcia biopsji:		Poprzednie biopsje (daty, lub nr):	
Dane kliniczne			
Który przeszczep - 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Data przeszczepienia (d/m/r)/...../.....			
Wskazania do biopsji			
0. biopsja "0" <input type="checkbox"/> 2. biopsja ze wskazań <input type="checkbox"/> 3. biopsja protokolarna <input type="checkbox"/> 4. graftektomia <input type="checkbox"/>			
podstawowa immunosupresja	Prednisolon/enkorton <input type="checkbox"/>	Everolimus/Rapamycyna <input type="checkbox"/>	Anty/IL-2 <input type="checkbox"/>
	AZA <input type="checkbox"/>	CsA <input type="checkbox"/>	ATG <input type="checkbox"/>
	MPA <input type="checkbox"/>	Tacrolimus <input type="checkbox"/>	inne <input type="checkbox"/>
Pacjent NIE przyjmował leków immunosupresyjnych NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> , od tygodni			
W ciągu ostatnich 6-miesięcy zmniejszono dawki/odstawiono któryś z leków IS TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
Jeśli tak, to który lek/leki : CsA/TAC <input type="checkbox"/> AZA/MPA <input type="checkbox"/> everolimus/RAPA <input type="checkbox"/> prednisolon/encorton <input type="checkbox"/>			
Czy pacjent otrzymał leczenie przeciwko odrzucaniu w ciągu tygodnia przed biopsją TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
Jeśli TAK sprecyzuj:			
		Pulsy SM <input type="checkbox"/>	Plazmaferezy <input type="checkbox"/>
		OKT3 <input type="checkbox"/>	immunoglobuliny <input type="checkbox"/>
		Thymoglob/ATG <input type="checkbox"/>	
Pacjent jest obecnie dializowany: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/>			
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"/>
Lymphoccele	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Proszę o wypełnienie jedynie przy pierwszej biopsji przeszczepu			
Wiek dawcy	lat	Płeć dawcy: Mężczyzna <input type="checkbox"/>	Kobieta <input type="checkbox"/>
Dawca Żywy	spokrewniony <input type="checkbox"/>	niespokrewniony <input type="checkbox"/>	
Zmarły	Przyczyna zgonu	Uraz <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	Krwawienie do OUN/udar <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>		przypuszczalna <input type="checkbox"/>
Czas trwania DGF (czas trwania dializoterapii po Tx) dni			
Rozpoznanie kliniczne. Ewentualne pytania klinicysty:			
Skierowanie wypełnił :			
Data i godz. utrwalenia materiału		Pieczętka i podpis lekarza kierującego	
Rodzaj utrwalacza			
Data wystawienia skierowania			
Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowych, niezbędnych badań TAK <input type="checkbox"/> do kwoty..... NIE <input type="checkbox"/> 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:			
<input type="checkbox"/>	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.		
<input type="checkbox"/>	2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.		