


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 imunosupresja	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"/>
Lymphocela	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 wypełnić :			
Data i godz. utrwalenia materiału		Pieczętka i podpis lekarza kierującego	
Rodzaj utrwalacza			
Data wystawienia skierowania			
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.		