

ZGŁOSZENIE BIORCY DO PRZESZCZEPIENIA PŁUC W TRYBIE PILNYM / PRIORYTETOWYM

Ośrodek kwalifikujący

Koordinator transplantacyjny	Telefony	e-mail
Data zgłoszenia do KLO (dd.mm.rrrr)	Pierwsze zgłoszenie do przeszczepienia w trybie pilnym/priorytetowym data (dd.mm.rrrr) godzina (HH:MM)	Ostatnia aktualizacja zgłoszenia pilnego/priorytetowego data (dd.mm.rrrr) Godzina (HH:MM)

BIORCA

Nazwisko i imię		Grupa krwi	Rh
Płeć	Data urodzenia (dd.mm.rrrr)	Wiek	PESEL
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna			
Wzrost (cm)	Masa ciała (kg)	Obwód klatki (cm)	Obwód brzucha (cm)
Rozpoznanie			
Miejsce pobytu			
Tryb PILNY	Chory do ponownego przeszczepienia płuc (PGD do 7 dni od przeszczepienia)	Tak	Nie
Tryb PILNY	Hospitalizacja z powodu zaostrzenia choroby zasadniczej wymagające MV lub ECMO	Tak	Nie
Tryb PRIORYTETOWY	Biorca zakwalifikowany do wielonarządowego przeszczepienia płuc i innego narządu	Tak	Nie

AKCEPTOWANI DAWCY

Akceptowana grupa krwi	Wiek	Wzrost (cm)	Masa ciała (kg)	Obw. klatki (cm)	Obw. brzucha (cm)
Uwagi					

Lekarz kierujący zespołem ośrodka kwalifikującego (pieczętka podpis)	Lekarz zgłaszający (pieczętka i podpis)