

ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY SERCA

1.* Data zgłoszenia/...../.....

2.* Grupa krwi, czynnik Rh

3.* Imię

4.* Nazwisko

5.* PESEL biorcy: -----

6.* Data ur.

7.* Miejsce ur.

8.* Masa ciała (kg)

9.* Wzrost (cm)

10.* BMI

11.* Adres biorcy:

ul.

miescowość

kod pocztowy województwo

tel. kontaktowy, dodatkowy nr tel.

12.* Szpital i oddział zgłaszający biorcę:

Adres szpitala:

.....

tel.

Lekarz opiekujący się chorym:

tel.

13.* Numer oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

14.* Rozpoznanie kliniczne i wywiad kliniczny:

1. kardiomiopatia rozstrzeniowa,
2. kardiomiopatia niedokrwienna,
3. kardiomiopatia przerostowa,
4. Wada zastawkowa w postaci schyłkowej – jaka?

.....

5. Wada wrodzona serca – jaka?

.....

6. Inne

Nadciśnienie płucne: TAK NIE

15.* Wskazania do transplantacji:

1. niewydolność krążenia,
2. niestabilna choroba wieńcowa bez możliwości pomostowania,
3. nawracające migotanie komór/częstoskurcz komorowy,
4. inne

16.* Wywiad:

a) **przebyte operacje**

data:

b) **choroby towarzyszące**

- choroba płuc
- choroba nerek
- choroba wątroby
- choroby przewodu pokarmowego
- choroby neurologiczne
- choroby psychiatryczne

c) **inne choroby**

1. cukrzyca TAK NIE Leczona insuliną TAK NIE
Dawka
2. przebyta zatorowość płucna TAK NIE

d) **uzależnienia**

1. palenie tytoniu TAK NIE , palenie w przeszłości TAK NIE
2. choroba alkoholowa TAK NIE , w przeszłości TAK NIE

17.* Wydolność krążenia

- NYHA I
- NYHA I/II
- NYHA II
- NYHA II/III
- NYHA III
- NYHA III/IV
- NYHA IV

Wydolność wieńcowa

- CCS I
- CCS I/II
- CCS II
- CCS II/III
- CCS III
- CCS III/IV
- CCS IV

18.* Obecnie stosowanie leki:

Lp.	Lek	Dawka	Częstość stosowania
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Polopiryna: TAK NIE Syncumar/Sintrom/Warfin: TAK NIE

INR

19.* Badanie EKG: data**20.* Badanie RTG klatki piersiowej:** data**21.* Badanie USG jamy brzusznej:** data**22.* Badanie echokardiograficzne:** data (proszę załączyć wynik)

LVd mm, Lvs mm, EF%

Ao, LA mm, RV mm, RVSP mm

IVS mm, Pwd mm

Obecność dyskinezy: NIE TAK w jakim obszarzeOcena zastawek:

MV TV

AV PV

Płyn w worku osierdziowym

Ciągłość przegrody międzyprzedsionkowej

23. Badania laboratoryjne**a)* podstawowe**

- morfologia krwi: data
- leukocytyx 10⁹/l, erytrocyty10¹²/l,
- Hgbg/dl, Htc%, trombocytyx 10⁹/l,
- układ krzepnięcia: data
- APTTsek., INR
- badania biochemiczne: data
- CRP, OB
- kreatyninammol/l, mocznikmmol/l
- K⁺mmol/l, Na⁺mmol/l
- AspAT U/l, AlAT U/l, bilirubina T mmol/l

b) dodatkowe

- proBNP/BNP
- białko całkowite g/l, Albuminy g/l, Alfa g/l, Gamma g/l
- HbA1c mikroalbuminuria
- badania endokrynologiczne: data
- TSH, fT3, fT4
- badania serologiczne
- HBs Ag nieobecny obecny
- anty-HCV nieobecne obecne
- anty-HIV nieobecne obecne
- VDRL nieobecne obecne
- anty-CMV w klasie IgG nieobecne obecne
- w klasie IgM nieobecne obecne
- anty-toxoplazma w klasie IgG nieobecne obecne
- w klasie IgM nieobecne obecne
- anty-EBV w klasie IgG nieobecne obecne
- w klasie IgM nieobecne obecne
- PRA Data %

24. Spirometria (proszę załączyć wynik i opis badania)

FEV1%, FVC, PEF 25%-75%

25. SpiroergometriaMaksymalne wysiłkowe zużycie tlenu VO_{2max} ml/kg/min**26. Pomiary hemodynamiczne****1) Cewnikowanie prawostronne**

Data badania	Wyjściowo	po NPS/NTG/NO/milrinonie* Max. dawka leku
PAm (mmHg)		
PCWP (mmHg)		
TPG [PAm-PCWP] (mmHg)		
CO (l/min)		
CI (l/min/m ²)		
PVR [TPG/CO] (j. Wooda)		
BP (mmHg) pomiar krwawy		
CVP (mmHg)		
HR		

*próbę odwracalności przeprowadzać u pacjentów z $TPG \geq 12 \text{ mmHg}$ i/lub $PVR \geq 2,5$ j. Wooda2) **Koronarografia:** TAK data: NIE

wynik: LMCA:.....

LAD:.....

Cx:.....

RCA:

27. **Wynik monitorowania holterowskiego** (opis lub wydruk badania)28. **Lekarz zgłaszający biorcę:**

.....

Data/...../.....

Podpis i pieczętka:

29. **Zgoda pacjenta na zgłoszenie:** data/...../.....

UWAGA!

1. **Wypełnienie punktów zaznaczonych gwiazdką, wymagane jest na zgłoszeniu pacjenta jako biorcy.**
2. W przypadku ujemnego wyniku HBs Ag, proszę o rozpoczęcie szczepienia ENGERIXEM B (warunkiem przyjęcia do szpitala jest podanie przynajmniej 2 pierwszych dawek).
3. Konieczne jest dokonanie konsultacji wykluczających obecność czynnego procesu zapalnego lub nowotworowego (stomatolog, laryngolog, urolog/ginekolog, gastroenterolog, itp.)
4. Przyjmowany do Kliniki Kardiologii lub Kliniki Kardiologii, powinien posiadać następujące dokumenty:
 - legitymację ubezpieczeniową lub emeryta/rencisty,
 - skierowanie od lekarza prowadzącego,
 - potwierdzenie szczepienia Engerixem, aktualny wynik HBs-Ag (ważny 3 mies.)
 - wynik posiewów z nosa i gardła w kierunku metycyloopornego gronkowca złocistego – MRSA (ważny 3 mies.).

Ankiety prosimy przysyłać na adres:**Biuro Koordynacji Transplantacji Serca**

Klinika Kardiologii Instytutu Kardio-Torakochoirurgii - ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań, tel. (0-61) 8549210, (0-61) 6549233

Koordinator: 508 193 573/605 552 551