Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

(попълва се от служител на ИАМН)

**ДО**

**Изпълнителна агенция „Медицински надзор“**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

за актуализация в служебния регистър на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ **трансплантация на панкреас**

…………………………………………………………………………………………………………

*(лечебно заведение, отправило предложението)*

…………………………………………………………………………………………………………

*(лице, отправило предложението)*

УИН на реципиента …………………………………..

Пореден номер на включване/актуализация в ИАМН ……...................., дата …....................…..,

(попълва се от ИАМН)

Кръвна група ...............…, Rh .....................….., време на чакане в листата .............................…..

Време на хемо/перитонеална диализа …………………………………………...…………………

1. ............................................................................................................................................................

(собствено, бащино и фамилно име на реципиента)

2. ЕГН ………………………………….

3. Чакащ за трансплантация от дата ……………………………….

4. Отпаднал от:

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **Причина** |
|  | **временно** свален по медицински показания:  (опиши) |
|  | **временно** свален по други причини:  - промяна на лечебното заведение □;  - продължително в чужбина □;  - други: ……………………………………………………………………………… |
|  | **трайно** отпаднал по медицински показания – причини:  (опиши) |
|  | **починал** |
|  | **отказал се** (приложен документ за отказа) |
|  | **трансплантиран** |

5. Психиатричен статус: Да □ Не □

* ако е да – диагноза с код по МКБ 10 ………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………....

6. Настоящ адрес ..................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………...,

телефон ……………………., телефон на близки на реципиента ……………...………………….

7. Ръст ………….., тегло …………, гр. обиколка ………………, BMI ………………..…………

(автоматично изчисление)

8. Диагнози с код по МКБ 10, за чието лечение е необходима трансплантация: …………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8.1. Придружаващи заболявания с код по МКБ 10: .………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Диализа: Да □ , от дата ……………………………….. Не □

10. Диализен център: …………………………………………………………………...……...……,

телефон …………………...., факс ……………………, e-mail ………………….…………………

11. HLA типизация: Да □ Не □ , дата ………………………

12. Антитела: Да □ Не □ (специфицирайте) ………………………………………………………………………………………...……………….

13. Крос-мач …………………………….…………………………………………………………...

(ако е извършван предходен)

14.Вирусологичен статус:

* Hbs Ag пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* Anti-Hbc Ag пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* Anti – Hbs Aт пол. (+) □ отр. (-) □
* HCV антитела пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* HIV 1,2 антитела пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* Treponema pallidum пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* CMV антитела пол. (+) □ отр. (-) □
* ЕBV антитела пол. (+) □ отр. (-) □
* Toxoplasma – антитела пол. (+) □ отр. (-) □

(само при имуносупресирани)

* други: …………………………………………………………………………………………

15. Кръвна картина: Hb, Ht, Erytr., Leuk., Thr., СУЕ, CRP (копирай или приложи), дата …….…..…

|  |
| --- |
|  |

16. Биохимия: ASAT, ALAT, GGT, AlPh, Urea, Creat, Uric., Gluc., HbA1, T.bill. Dir Bill (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

17. Липиден профил: Chol., Trygl., HDL холестерол, LDL холестерол (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

18. Електролити: K, Na, Ca, P, Mg, Cl. (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

19. Коагулационен статус: INR, APTT, Fibrinogen (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

20. Урина – общо изследване; седимент; урокултура (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

21. Анурия Да □ – начало Не □ , дата ......................

22. Резултати от микробиологични изследвания, дата ……………….

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(опиши)

23. КръвопреливанеДа □ Не □ , ако е да …………….. брой и ……………….. дата на последно кръвопреливане

24. Имунизации за Хепатит В …………………. брой и ………………………...……….. дати на имунизациите

25. Информирано съгласие за избор на лечебно заведение за извършване на трансплантация:

…………………………………………………………………………………………………………

(наименование на лечебното заведение)

26. Необходимост от трансплантация от друг орган: ......................................................................

(посочи)

27. Предходни органни трансплантации:

* Да □ , в България ………………….………………, в чужбина …………….……………,

(град)

какъв орган …………………………, жив донор □ трупен донор □ , дата …………...

* Не □

28. Клиника/отделение, в която се лекува и наблюдава пациента:

…………………………………………………………………………………………………………

29. Лекуващ лекар: ……………………………………..…………………………………………….

30. Телефон ………….……….., факс …………..…………, е-mail ……………………….. за връзка с лекуващия лекар.

Дата: ............................... Изготвил: .........................................

(трите имена, подпис и печат)