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“ **сърдечна трансплантация**

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

*(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 .............................…..

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

(собствено, бащино и фамилно име на реципиента)

2. ЕГН ………………………………….

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

4. Статус на спешност: Да □ Не □

Статус на спешност се определя на пациент, чиято очаквана продължителност на живот без сърдечна трансплантация е до 1 месец, при който е налице поне едно от следните състояния или методи на лечение:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Състояние или метод на лечение | Да? | Не? |
| а) механично подпомагане на циркулацията поради остра декомпенсация на хемодинамиата, включваща поне едно от следните: лево- или деснокамерно механично подпомагащо устройство; "изкуствено сърце"; интрааортна балонна контрапулсация, екстракорпорална мембранна оксигенация; | □ | □ |
| б) механично подпомагане на циркулацията с ясни данни за усложнения, свързани с това, като: тромбемболизъм, инфекции, технически проблеми, животозастрашаващи аритмии; | □ | □ |
| в) механична вентилация; | □ | □ |
| г) продължителна инфузия на катехоламини | □ | □ |
| д) пациент, неотговарящ на горните критерии, но хоспитализиран в лечебно заведение, за който екип от лечебното заведение писмено и мотивирано удостоверява, че е спешен и очакваната продължителност на живота му без трансплантация е до един месец. В този случай статусът на спешност на пациента се потвърждава на всеки 14 дни от екипа на лечебното заведение при запитване от страна на Изпълнителната агенция „Медицински надзор“. | □ | □ |

5. Отпаднал от:

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **Причина** |
|  | **временно** свален по медицински показания:- БАХ □;- чернодробна дисфункция □;- ХБН □;- БТЕ □;- инфекциозни усложнения □; - други: ………………………………………………………………………………(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** |

6. Психиатричен статус: Да □ Не □

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

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

7. Настоящ адрес ..................................................................................................................................

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

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

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

 (автоматично изчисление)

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

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

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

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

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

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)

* Coxsackie vir. пол. (+) □ отр. (-) □

 (задължителен резултат)

* 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. Урина (копирай или приложи), дата …….…….…

* общо изследване
* седимент
* урокултура

|  |
| --- |
|  |

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

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

(опиши)

19. Ехокардиография (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

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

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

(наименование на лечебното заведение)

21. Необходимост от трансплантация от друг орган: ......................................................................

 (посочи)

22. Предходни органни трансплантации:

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

 (град)

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

* Не □

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

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

24. Лекуващ лекар: ……………………………………..…………………………………………….

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

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

 (трите имена, подпис и печат)