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“ **чернодробна трансплантация**

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

*(лечебно заведение, отправило предложението)*

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

*(лице, отправило предложението)*

УИН на реципиента …………………………………..

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

(попълва се от ИАМН)

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

(попълва се от ИАМН)

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

Статус на спешност ………………………………………………………………………….………

МЕLD …………………………………………………………………………………………..……..

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 хоспитализиран в лечебно заведение пациент, чиято очаквана продължителност на живот без чернодробна трансплантация е до един месец, при който е налице поне едно от следните състояния:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Състояние или метод на лечение | Да? | Не? |
| а) афункция (първична или вторична) на трансплантиран черен дроб, проявена през първата седмица след трансплантацията; | □ | □ |
| б) фулминантна чернодробна недостатъчност, проявена с развитие на изразена енцефалопатия (II - III ст.) в рамките на 8 седмици от първите симптоми на чернодробно заболяване, при липса на данни за предшестващо чернодробно заболяване; | □ | □ |
| в) остра декомпенсация при пациент с хронично чернодробно заболяване, водеща до изразена енцефалопатия (II - III ст.); | □ | □ |
| г) пациент, неотговарящ на горните критерии, но хоспитализиран в лечебно заведение, за който екип от лечебното заведение мотивирано удостоверява, че състоянието му е критично и очакваната продължителност на живота му без чернодробна 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:  (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. 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. HLA типизация: Да □ Не □ , дата ………………………

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

12. Крос-мач …………………………….…………………………………………………………...

(ако е извършван предходен)

13.Вирусологичен статус:

* Hbs Ag пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* Anti-Hbc Ag пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* Anti – Hbs Aт пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* HCV антитела пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

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

(задължителен резултат)

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

(задължителен резултат)

* CMV антитела пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

* ЕBV антитела пол. (+) □ отр. (-) □

(задължителен резултат)

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

(само при имуносупресирани)

* PCR HBV DNA Да □ Не □
* PCR HCV RNA Да □ Не □
* други: …………………………………………………………………………………………

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

(опиши)

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

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

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

(наименование на лечебното заведение)

23. Предходни органни трансплантации:

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

(град)

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

* Не □

24. Необходимост от трансплантация от друг орган: ......................................................................

(посочи)

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

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

26. Лекуващ лекар: ……………………………………..……………………………………………

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

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

(трите имена, подпис и печат)