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“ **белодробна 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 хоспитализиран в звено за интензивно лечение пациент, чиято очаквана продължителност на живот без белодробна 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) екстракорпорална мембранна оксигенация; | □ | □ |
| б) механична вентилация; | □ | □ |
| в) необходимост от кислородолечение с FiO2 > 0,6; | □ | □ |
| 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 белодробна трансплантация е до 1 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. Хронична обструктивна белодробна болест

|  |
| --- |
| Време за включване на пациента в листа на чакащи белодробна трансплантация (изисква се повече от един критерии):□ BODE index ≥7□ ФЕО1 <15% до 20% от предвидената стойност□ Три или повече тежки екзацербации през изманалата една година□ Една тежка екзацербация с хиперкапнична дихателна недостатъчност□ Средно тежка или тежка белодробна хипертония |

7. Интерстициални белодробни болести

|  |
| --- |
| Време за включване на пациента в листа на чакащи белодробна трансплантация:□ Понижаване на ФВК ≥10% през първите 6 месеца то проследяването□ Понижавене на DLCO ≥15% през първите 6 месеца то проследяването□ Десатурация до <88% или намаляване на дистанцията с 50 метра при 6МТХ за 6 месечен период□ Появата на белодробна хипертония при дясна сърдечна катетеризация или при 2-размерна ехокрадиография□ Хоспитализации поради прояви на дихателна недостатъчност, намаряване на белодробно определините функционални възможности, пневмоторакс или остра екзацербация на интерстициалната белодробна болест |

8. Кистична фиброза

|  |
| --- |
| Време за включване на пациента в листа на чакащи белодробна трансплантация:- Хронична дихателна недостатъчност:□ хипоксия (PaO2<60 mm Hg), може и без хиперкапния□ С хиперкапния (PaCO2 >50 mm Hg)□ Продължителна неинвазивна дихателна вентилация□ Белодробна хипертония□ Чести хоспитализации□ Бързо влошаване на белодробните функционални показатели, World Health Organization Functional Class IV |

9. Белодробни съдови болести

|  |
| --- |
| Време за включване на пациента в листа на чакащи белодробна трансплантация:□ NYHA функционален клас III илиr IV, независимо от включени през последните 3 простаноиди□ Сърдечен индекс < 2□ Средно набягане в дясно предсърдие >15 mm Hg□ 6МТХ <350 m□ Прояви на значима хемоптиза, перикарден излив или прояви на прогресираща дясна сърдечна слабост |

10. Други белодробни заболявания

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

11. Настоящ адрес ................................................................................................................................

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

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

12. Ръст …………...., тегло …………, гр. обиколка …….………, BMI (по-малко от 35) ……………

 (автоматично изчисление)

12.1 TLC (копирай или приложи), дата …………..…..…

|  |
| --- |
|  |

12.2 Размери на бели дробове – диагноли и вектори (копирай или приложи), дата …………..…..

|  |
| --- |
|  |

13. Пушач

□ Да (ако е да се прикачи формула за изчисляване на пакетогодини /брой цигари дневно х брой години на пушене разделено на 20, колкото са цигарите в един пакет/)

□ Ex пушач

□ Никога

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

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

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

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

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

16. PRA – панел реактивни антитела: .…………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………...……………….

17. AHA – профил ……………………………………………………………………………………

18. Крос-мач …………………………….…………………………………………………………...

(ако е извършван предходен)

19. 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: …………………………………………………………………………………………

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

(опиши)

24. Храчка за антибиограма – включително изследване за Mycobacterium tuberculosis (копирай или приложи), дата …….………..….…

|  |
| --- |
|  |

25. Бронхоскопия (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

26. Спирометрия и дифузионен капацитет (копирай или приложи), дата …….…….…

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

28. Имунизации за (Hepatitis B, Influenza, Pneumococcus) ……………………..……………. брой и ………………………...……….. дати на имунизациите

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

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

(наименование на лечебното заведение)

30. Необходимост от трансплантация от друг орган: ......................................................................

 (посочи)

31. Предходни органни трансплантации:

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

 (град)

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

* Не □

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

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

33. Лекуващ лекар: ……………………………………..…………………………………………….

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

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

 (трите имена, подпис и печат)