До

Ид. №: К ..........................................................

(попълва се от служител на ИАМН)

Изпълнителна агенция

„Медицински надзор“

ул. „Свети Георги Софийски“ № 3, София, 1606

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

за включване в служебния регистър на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“

за трансплантация на **бъбрек**

1. ................................................................................................. 2. ЕГН: ..........................................

(собствено, бащино и фамилно име на реципиента)

3. ............................................................................................................................................................

(постоянен и настоящ адрес, адрес за кореспонденция и телефон за контакт)

4. ................................................................................................. 5. ЕГН: ..........................................

(трите имена на лицето, изразяващо информирано съгласие /родител, настойник, попечител/)

6. ............................................................................................................................................................

(адрес и телефон за кореспонденция на лицето, изразяващо информирано съгласие /родител, настойник, попечител/)

7. ......................................................................... 8. .....................................................................

(лечебно заведение, отправило предложението – (лице за контакт от лечебното заведение)

клиника/отделение)

9. ............................... 10. Ръст …....., тегло…..…, гр. обиколка ……., BMI ….….

(кръвна група и резус-фактор)

11. На диализа от: ……………… (дата) 12. Диализира се: …………….….…………………

(ако е приложимо) (диализен център и град, ако е приложимо)

13. ..........................................................................................................................................................

(HLA-типизация, съгласно протоколите от лабораторията за тъканна съвместимост или копие от документа)

14. ..........................................................................................................................................................

(крос-мач, съгласно протоколите от лабораторията за тъканна съвместимост или копие от документа)

15. Наименование на заболяването с код по МКБ-Х, за чието лечение е необходима трансплантация: ……………………………………...........................................................................

16. Придружаващи заболявания с код по МКБ-Х: ..…………………………………………….....

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

17. Клинично състояние на реципиента: ………………………………………………………..…

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

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

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

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

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

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

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

18. Наличие на необходимост от трансплантация на друг орган:

а) ............................................................................................................................................................

(орган)

б) ...........................................................................................................................................................

(диагноза и статус)

19. Резултати от микробиологични изследвания за установяване на бактериални заболявания:

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

20. Вирусологичен статус на реципиента:

а) НВsAg: ............................................................................

б) anti-HBc Ab и anti-HBs Ab: ............................................................................

в) HCV антитела: ............................................................................

г) HIV I-II антитела: ............................................................................

д) CMV антитела: ............................................................................

е) EBV антитела: ............................................................................

ж) Treponema Pallidum: ............................................................................

з) Toxoplasma антитела (при имуносупресирани пациенти): ................................................................

и) други: ...............................................................................................................................................

21. Информирано съгласие на реципиента или негов родител, настойник или попечител (при непълнолетие) за извършване на трансплантацията в конкретното лечебно заведение:

(приложи копие от формуляра със съгласието!)

22. Липсват абсолютни медицински контраиндикации към момента на включване.

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

(трите имена, подпис и печат)