

**Karta wstępnej oceny do konsultacji w aspekcie przeszczepienia
wątroby w trybie rutynowym w SPWSZ w Szczecinie**

Nazwisko i Imię:

PESEL:

Nazwa i kontakt do ośrodka zgłaszającego/telefon, ew. mail/:

GRUPA KRWI:

Masa ciała (kg)		Wzrost (cm)	
--------------------	--	-------------	--

BMI:

Wskazanie /wstaw X, ew. uzupełnij/:

<input type="checkbox"/>	Przewlekła niewydolność wątroby (wg Childa-Turcotte'a-Pugha \geq B7)	<input type="checkbox"/>	Rak pierwotny wątroby w kryteriach mediolańskich
--------------------------	---	--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Inne wskazania:	<input type="checkbox"/>	Inne zmiany ogniskowe /nowotworów”
--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------------------

Etiologia /wstaw X, ew uzupełnij/:

<input type="checkbox"/>	Wirusowe zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	Alkoholowa choroba wątroby
<input type="checkbox"/>	Choroba tłuszczeniowa wątroby (MAFLD)	<input type="checkbox"/>	Cholestatyczna choroba wątroby (PBC/PSC)
<input type="checkbox"/>	Autoimmunologiczne zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/>	Kryptogenna/Nieznana
<input type="checkbox"/>	Inna etiologia /rozpoznanie opisowe/ :		

Aktualne badania, data:

Badania Laboratoryjne Krwi	
Morfologia krwi z rozmazem	
WBC /neut	
RBC	
HGB /MCV	
PLT	
Układ krzepnięcia: INR/ PT	
APTT	
Fibrynogen	
AST	
ALT	
ALP	
GGTP	
Bilirubina całk / bezposrednia	
Jonogram: Na / K /Ca	
CRP / Prokalcytonina	
Proteingram / Alb+ IgG	
Kreatynina / EGFR	
Mocznik / Azot mocznika	
Ferrytyna	
TSH	
Test a-HIV	

HbsAg jakościowe	
Anty-HCV	
AFP	
Ca19.9	
PSA (mężczyźni >40r.ż.)	
Wymaz z odbytu w kierunku patogenów alarmowych (jak „+” - patogen z mech oporności)	
Endoskopia GOPP	
TK jamy brzusznej	
ew. USG + doppler n.jamy brzusznej	
Konsultacje o braku przeciwwskazań do przeszczepu wątroby i leków immunosupresyjnych (oryginały u pacjenta)	
Stomatologiczna (data)	
Ginekologiczna (kobiety, data)	
Urologiczna (mężczyźni >40 r.ż, data)	
Psychiatryczna (obligatoryjna dla osób z alkoholową etiologią, data)	
Kardiologiczna (UKG, data)	
Inne istotne informacje co do stanu kliniczne/społeczne/ środowiskowe	

Data, pieczętka i podpis lekarza prowadzącego

Oświadczenie: Pacjent:

➔ wyraża zgodne na przeszczepienie wątroby od dawcy zmarłego – po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

	TAK		NIE
--	-----	--	-----

➔ wyraża zgodne na przeszczepienie wątroby w Ośrodku Szczecińskim i akceptuje konieczność dojazdów do Szczecina na kontrole ambulatoryjne, zabiegi operacyjne (w tym przeszczepienie wątroby) czy hospitalizacje.

	TAK		NIE
--	-----	--	-----

➔ wyraża zgodne na przetaczanie krwi, preparatów krwiopochodnych i inne procedury medyczne wchodzące w skład przygotowania, jak i wykonania przeszczepienia wątroby.

	TAK		NIE
--	-----	--	-----

.....
data podpis pacjenta

.....
podpis i pieczętka lekarza zgłaszającego