

FORMULARZ WSTĘPNEJ OCENY RODZINNEGO DAWCY FRAGMENTU WĄTROBY

Data	
------	--

Biorca przeszczepu

Imię		Nazwisko		Data urodzenia	
------	--	----------	--	----------------	--

Masa ciała		Wzrost		BMI	
------------	--	--------	--	-----	--

Grupa krwi	w układzie AB0	Rh
	0	dodatni
	A	ujemny
	B	
	AB	

Potencjalny dawca

Imię		Nazwisko		Data urodzenia	
------	--	----------	--	----------------	--

Masa ciała		Wzrost		BMI	
------------	--	--------	--	-----	--

Grupa krwi	w układzie AB0	Rh
	0	dodatni
	A	ujemny
	B	
	AB	

Stopień pokrewieństwa z biorcą

	matka	
	ojciec	
	inne	

Wywiad

Przebyte choroby			
wirusowe zapalenie wątroby	typ A		
	typ B		
	typ C		
gruźlica			
choroby nowotworowe			
cukrzyca			
nadciśnienie tętnicze		pomiar RR	
choroba wieńcowa			
żylaki/zakrzepica żył podudzi			
choroby nerek			
choroba wrzodowa żołądka/ XII-cy			
choroby psychiczne			

inne		
------	--	--

Przebyte operacje chirurgiczne	
1.	
2.	

Aktualnie przyjmowane przewlekłe leki	
1.	
2.	
3.	

Używki	ilość/dobę
papierosy	
alkohol	
	wódka
	wino
	piwo
narkotyki	

Badania dodatkowe

Badania laboratoryjne	
	Ht
	Hb
	L
	Płytki
	INR
	Na
	K
	Glukoza
	Kreatynina
	Mocznik
	Bilirubina całk/związana
	Alat
	Aspat
	GGTP
	Cholesterol
	Białko całkowite
	AFP
	PSA
	Mocz bad og.
	HBsAg
	antyHBs Ig
	antyHBc Ig
	antyHCV Ig
	antyHIV Ig
	CMV IgG
	CMV IgM
	Próba ciążowa (kobiety)

Badania obrazowe		
	Rtg klatki piersiowej	
	Gastroskopia	
	Mammografia (kobiety > 40 rż)	
	EKG	
	USG jamy brzusznej	

Inne informacje o dawcy

Szczepienia		
	p-w wzw B	
	p-w wzw A	