|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZGŁOSZENIE PACJENTA DO KWALIFIKACJI DO TRANSPLANTACJI** | | | | | | | | | |
| DANE OŚRODKA ZGŁASZAJĄCEGO | | | DANE PACJENTA | | | | | | |
| Nazwa: | | | Imię i nazwisko: | | | | | | |
| Adres: | | | PESEL: | | | | | | |
| Lekarz zgłaszający: | | | Adres zamieszkania: | | | | | | |
| Tel. kontaktowy: | | | Tel. kontaktowy: | | | | | | |
| **PROŚBA O KWALIFIKACJE DO PRZESZCZEPIENIA**  □ autologicznego □ allogenicznego rodzinnego □ allogenicznego niespokrewnionego □ haploidentycznego | | | | | | | | | |
| **ROZPOZNANIE** | | | | | | | | | |
| Schorzenie: | | | | | | | Data rozpoznania: | | |
| **WYNIKI BADAŃ Z ROZPOZNANIA / ZAAWANSOWANIE KLINICZNE/ GRUPA RYZYKA /INDEKS PROGNOSTYCZNY** | | | | | | | | | |
| DATA  □ szpik (cytolologia, immunofenotypizacja)  □ morfologia / rozmaz krwi  □ choroba resztkowa  □ cytogenetyka  □ badanie molekularne  □ immunoglobuliny / proteinogram  □ wolne łańcuchy lekkie  □ b2 mikroglobulina | | | | DATA  □ PET  □ TK  □ MRI  □ RTG  **INNE:**  □ profil nerkowy (Na, K, Kreatynina, GFR)  □ profil wątrobowy (ALAT, ASP, Bili, GGTP, FALK)  □ WZW HBV, HCV  □ ECHO SERCA | | | | | |
| **LECZENIE** | | | | | | | | | |
| SCHEMAT LECZENIA  1  2  3  4 | DATA ROZPOCZECIA | DATA ZAKOŃCZENIA | | | | LICZBA CYKLI | | UZYSKANA ODPOWIEDŹ | |
| **OCENA ODPOWIEDZI W MOMENCIE KWALIFIKACJII** | | | | | | | | | |
| □ CR – kompletna remisja; □ PR – częściowa remisja;  □ WZ – wznowa choroby; □ P – progresja choroby; □ SD – stabilizacja choroby / brak odpowiedzi | | | | | | | | | |
| **WYNIKI BADAŃ POTWIERDZAJĄCYCH ODPOWIEDŹ** | | | | | | | | | |
| DATA  □ szpik (cytolologia, immunofenotypizacja)  □ morfologia / rozmaz krwi  □ choroba resztkowa  □ cytogenetyka  □ bad. molekularne  □ immunoglobuliny / proteinogram  □ wolne łańcuchy lekkie  □ b2 mikroglobulina | | | | DATA  □ PET  □ TK  □ MRI  □ RTG  **INNE:**  □ profil nerkowy (Na, K, Kreatynina, GFR)  □ profil wątrobowy (ALAT, ASP, Bili, GGTP, FALK)  □ WZW HBV, HCV  □ ECHO SERCA | | | | | |
| **CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE/PRZYJMOWANE LEKI** | | | | | | | | | |
| CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE/PRZYJMOWANE LEKI | | | Waga: kg | | Wzrost: cm | | BMI: | | HCT-CI |
| 1  2  3 | | | | | | | | | |

-------------------------------------------- --------------------------------------------------------- DATA PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA