|  |
| --- |
|  **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 LECZENIA1234 | 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 |
| 123 |

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