

SKIEROWANIE DO PRACOWNI HISTOPATOLOGII - BIOPSJA PRZESZCZEPU NERKOWEGO

Nazwisko i imię pacjenta	
PESEL	
Data biopsji	
Data i godzina przyjęcia biopsji	
Ośrodek wykonujący biopsję	
Poprzednie biopsje (daty lub nr)	

DANE KLINICZNE (zaznacz właściwe)					
Który to przeszczep	01	02	03	04	
Data przeszczepienia					
Wskazania do biopsji	biopsja "0"	biopsja ze wskazań	biopsja protokolarna	graftektomia	
Podstawowa immunosupresja	Prednizolon	Prednizon	Everolimus	RAPA	Anty-IL-2
	AZA		CsA		ATG
	MPA		TAC		inne
Czy pacjent przyjmował regularnie leki immunosupresyjne?	TAK	NIE, od tygodni			
W ciągu ostatnich 6-miesięcy zmniejszono dawki/odstawiono któryś z leków IS	TAK	NIE			
<i>Jeśli tak, to który lek/leki</i>	CsA TAC	AZA MPA	Everolimus RAPA	Prednizolon Prednizon	
Czy pacjent otrzymał leczenie przeciwko odrzucaniu w ciągu tygodnia przed biopsją	TAK	NIE			
<i>Jeśli TAK sprecyzuj</i>	Pulsy SM		Plazmaferezy		
	OKT3		Immunoglobuliny		
Pacjent jest obecnie dializowany	TAK	NIE			
KRWINKOMOCZ	TAK	NIE			
BIAŁKOMOCZ g/doba, lub mg/dl				
Stężenie kreatyniny	Minimalne: mg/dl (..... µmol/l)		Obecne (ostatnie)mg/dl (..... µmol/l)		
	Wzrost o mg/dl w czasie				
GFR (MDRD) ml/min				
Cukrzyca u biorcy	TAK, od kiedy:	NIE			

Zakażenie wykryte w ciągu ostatniego miesiąca:		
BKV	TAK	NIE
CMV	TAK	NIE
Herpes	TAK	NIE
HBV	TAK	NIE
HCV	TAK	NIE
bakteryjne	TAK	NIE
grzybicze	TAK	NIE
Zwężenie tętnicy do nerki przeszczepionej	TAK	NIE
Utrudnienie odpływu moczu	TAK	NIE
Limfocele	TAK	NIE

Przyczyna niewydolności nerek własnych		
.....		
.....		
.....		
Potwierdzona:	biopsyjnie	przypuszczalna

Rozpoznanie kliniczne	
Ewentualne pytania klinicysty	
Skierowanie wypełnił/a	