

KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA DO POSIEDZENIA KWALIFIKACYJNEGO DO PRZESZCZEPIENIA WĄTROBY

Imię i nazwisko	
PESEL	
Grupa krwi i Rh	
Adres	
Telefony	
Rozpoznanie	
Wskazania do OLTx	
Stan kliniczny/punktacja w skali Child-Pugh	
MELD-Na	
Status wirusologiczny	Antygen HBs (-) Anty-HBc (-) Anty-Hbs mIU/ml Anty-HCV (-) HIV (-) CMV IgM (-), CMV IgG (+)
Szczepienie p/w WZW B	
Bilirubina (mg/dl)	
INR	
Kreatynina (mg/dl)	
Na (mmol/l)	
Albumina (G/l)	
PLT (tys./ul)	
Masa ciała, Wzrost Obwód na wysokości wyrostka mieczykowatego Obwód na wysokości pępka Przebyte operacje	

Choroby towarzyszące	
Lekarz kierujący	
Konsultujący chirurg	

Lekarz wystawiający kartę:

Data i podpis

Decyzja Wielospecjalistycznego Konsylium Kwalifikującego:

- Pozytywna
- Negatywna

Data i podpis przewodniczącego Konsylium