

ZGŁOSZENIE BIORCY DO PRZESZCZEPIENIA PŁUC W TRYBIE PILNYM							
Data zgłoszenia do TxP w trybie PILNYM		godzina		Data ostatniej aktualizacji		godzina	
Ośrodek TxP							
Adres ośrodka							
Tel. kom. Koordynatora Tx:							
Tel. lek. dyż. ośrodka							
Fax ośrodka							
BIORCA							
Nazwisko i imię							
PESEL		Grupa krwi		Rh			
Wiek		Masa ciała		Wzrost			
Rozpoznanie							
Chory uprzednio zakwalifikowany do przeszczepu płuc				TAK / NIE			
Hospitalizacja z powodu zaostrzenia choroby zasadniczej				TAK / NIE			
Czas obecnej hospitalizacji				<14 dni	14-28 dni	>28 dni	
Brak możliwości uzyskania poprawy i wypisania do domu				TAK / NIE			
AKCEPTOWANI DAWCY							
Grupa krwi (ABO)		Wiek (lat)					
Masa ciała (kg)		Wzrost (cm)					
Inne uwagi							
Lekarz zgłaszający							
Podpis i pieczęć							