

ZGŁOSZENIE BIORCY DO PRZESZCZEPIENIA WĄTROBY W TRYBIE PILNYM							
Data zgłoszenia do TxW w trybie PILNYM			godzina				
Data ostatniej aktualizacji			godzina				
Ośrodek Transplantacyjny							
Tel. komórkowy koordynatora tx							
Tel. lekarza dyżurnego ośrodka			Fax ośrodka				
BIORCA							
Nazwisko i imię							
Rozpoznanie							
PESEL		Grupa krwi		Rh			
Wiek		Masa ciała		Wzrost			
I. Kryteria King's College w przypadku zatrucia paracetamolem							
<i>pH < 7,3 (niezależnie od stopnia encefalopatii)</i>	<i>lub</i>	<i>PT > 100 sek. (Q<20%, INR>4) oraz kreatyninemia >3,4 mg/dl oraz stopień encefalopatii III lub IV</i>			Kryteria spełnione? TAK / NIE		
Wyniki badań i informacje niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji wg ww. kryteriów							
pH =	PT =sek	Wsk. Q =%	INR =	Kreatynina = mg/dl	Stopień encefalopatii –		
II. Kryteria King's College w pozostałych przypadkach (ale nie zakażenia wirusowe)							
<i>PT > 100 sek. (Q<20%, INR>4) niezależnie od stopnia encefalopatii</i>	<i>lub</i>	<i>Dowolne 3 z poniższych kryteriów (niezależnie od stopni encefalopatii):</i> - <i>wiek < 10 lub > 40 lat</i> - <i>bilirubinemia całk. > 17,5 mg/dl</i> - <i>pojawienie się żółtaczki > 7 dni przed wystąpieniem encefalopatii</i> - <i>PT > 50 sek (Q<30%)</i> - <i>przyczyna ostrej niewydolności wątroby: NANB hepatitis, zatrucie halotanem</i>			Kryteria spełnione? TAK / NIE		
Wyniki badań i informacje niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji wg ww. kryteriów							
PT =sek	Wsk. Q =%	INR =	Wiek lat	Bilirubina całk. = mg/dl	Data pojawienia się żółtaczki	Data wystąpienia encefalopatii	Przyczyna ostrej niewyd.
III. Kryteria Clichy dla ostrej niewydolności wątroby w przebiegu zakażeń wirusowych							
<i>Encefalopatia stopień III/IV</i>	<i>oraz</i>	<i>Czynnik V ≤ 20% dla biorców < 30 lat lub Czynniki V ≤ 30% dla biorców ≥ 30 lat</i>			Kryteria spełnione? TAK / NIE		
Wyniki badań i informacje niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji wg ww. kryteriów							
Stopień encefalopatii	Czynnik V			Wiek			
IV. Kryterium ostrej niewydolności przeszczepu (do 14 dni po przeszczepieniu)							
Data przeszczepienia:					Kryterium spełnione? TAK / NIE		
AKCEPTOWANI DAWCY							
Uwagi	Wiek	Masa ciała	Wzrost	Grupa krwi			
Lekarz zgłaszający (podpis i pieczęć)							