

ZGŁOSZENIE BIORCY DO PRZESZCZEPIENIA WĄTROBY W TRYBIE PILNYM			
Data zgłoszenia do TxW w trybie "nagłym"		godzina	
Data ostatniej aktualizacji		godzina	

<b>Ośrodek TxW</b>	
Tel. kom. Koordynatora Tx:	
Tel. lek. dyż. Ośrodka	
Fax ośrodka	

<b>Biorca</b>				
Nazwisko i imię				
Rozpoznanie				
PESEL		Grupa krwi		Rh
Wiek		Masa ciała		Wysokość

I. Kryteria King's College w przypadku zatrucia paracetamolem					
<i>pH &lt; 7,3 (niezależnie od stopnia encefalopatii)</i>	<i>lub</i>	<i>PT &gt; 100 sek. (Q&lt;20%, INR&gt;4) oraz kreatyninemia &gt;3,4 mg/dl oraz stopień encefalopatii III lub IV</i>			<i>Kryteria spełnione? TAK / NIE</i>
Wyniki badań i informacje niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji wg ww. kryteriów					
pH = .....	PT = .....sek	Wsk. Q = .....%	INR = .....	Kreatyn. = ..... mg/dl	St. encef. - .....

II. Kryteria King's College w pozostałych przypadkach (ale nie zakażenia wirusowe)							
<i>PT &gt; 100 sek. (Q&lt;20%, INR&gt;4) niezależnie od stopnia encefalopatii</i>	<i>lub</i>	<i>Dowolne 3 z poniższych kryteriów (niezależnie od stopnia encefalopatii): - wiek &lt; 10 lub &gt; 40 lat - bilirubinemia całk. &gt; 17,5 mg/dl - pojawienie się żółtaczki &gt; 7 dni przed wystąpieniem encefalopatii - PT &gt; 50 sek (Q&lt;30%) - przyczyna ostrej niewydolności wątroby: NANB hepatitis, zatrucie halotanem</i>					<i>Kryteria spełnione? TAK / NIE</i>
Wyniki badań i informacje niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji wg ww. kryteriów							
PT = .....sek	Wsk. Q = .....%	INR = .....	Wiek ..... lat	Bilirub. całk. = ..... mg/dl	Data pojawienia się żółtaczki .....	Data wystąpienia encef.	Przyczyna ostrej niew. ....

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 &lt; 30 lat lub Czynnik V ≤ 30% dla biorców ≥ 30 lat</i>		<i>Kryteria spełnione? TAK / NIE</i>
Wyniki badań i informacje niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji wg ww. kryteriów				
Stopień encefalopatii .....		Czynnik V ..... %		Wiek ..... lat

IV. Kryterium ostrej niewydolności przeszczepu (do 14 dni po przeszczepieniu)	
Data przeszczepienia: .....	<i>Kryterium spełnione? TAK / NIE</i>

<b>Akceptowani dawcy</b>				
Uwagi	Wiek	Masa ciała	Wzrost	Grupa krwi
	.....	.....	.....	.....
<b>Lekarz zgłaszający (podpis)</b>				