

<b>ZGŁOSZENIE BIORCY DO PRZESZCZEPIENIA PŁUC W TRYBIE PILNYM</b>							
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							
<b>BIORCA</b>							
Nazwisko i imię							
PESEL		Grupa krwi		Rh			
Wiek		Masa ciała		Wzrost			
Rozpoznanie							
Chory uprzednio zakwalifikowany do przeszczepu płuc				<b>TAK / NIE</b>			
Hospitalizacja z powodu zaostrzenia choroby zasadniczej				<b>TAK / NIE</b>			
Czas obecnej hospitalizacji				<b>&lt;14 dni</b>	<b>14-28 dni</b>	<b>&gt;28 dni</b>	
Brak możliwości uzyskania poprawy i wypisania do domu				<b>TAK / NIE</b>			
<b>AKCEPTOWANI DAWCY</b>							
Grupa krwi (ABO)		Wiek (lat)					
Masa ciała (kg)		Wzrost (cm)					
Inne uwagi							
Lekarz zgłaszający							
Podpis i pieczęć							