

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 Czynnik 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 lat	
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)					