Data zgłoszenia ……………………………………

# Protokół zgłoszenia potencjalnego biorcy i dawcy żywego do programu wymiany par

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane 1-10 obligatoryjne** | | **Potencjalny Dawca** | **Potencjalny Biorca** |
| **Pierwszy etap, podstawowe informacje** | | | |
| **1.** | **Nazwisko** |  |  |
| **2.** | **Imiona** |  |  |
| **3.** | **Grupa krwi**  **(oryginał w załączeniu)** |  |  |
| **4.** | **PESEL** |  |  |
| **5.** | **Wiek** |  |  |
| **6.** | **Stopień pokrewieństwa** |  |  |
| **7.** | **Waga** |  |  |
| **8.** | **Wzrost** |  |  |
| **9.** | **Adres** |  |  |
| **10.** | **Telefon** |  |  |
| 11. | Ośrodek Kwalifikujący |  |  |
| 12. | Telefon |  |  |
| 13. | Lekarz prowadzący |  |  |
| **Drugi etap, po wstępnej weryfikacji zgłoszeń** | | | |
| 14. | HLA **(oryginał w załączeniu)** |  |  |
| 15. | Anty-HLA | ---------------------------------------- |  |
| 16. | Zgoda na wymianę nerek |  |  |
| 17. | Akceptacja internistyczna |  |  |
| 18. | Akceptacja chirurgiczna |  |  |
| 19. | Opinia psychologa |  |  |
| **Trzeci etap, przygotowanie do przeszczepienia, przeszczepienie i opieka po zabiegu** | | | |
| 20. | Zgoda Komisji Etycznej KRT |  |  |
| 21. | Zgoda sądu |  |  |
| 22. | Wyznaczenie terminu jednoczasowego przeszczepienia dwóch par |  |  |
| 23. | Ostateczna akceptacja i dane ośrodka | pobierającego | przeszczepiającego |
| 24. | Opieka potransplantacyjna |  |  |

Przyczyna dyskwalifikacji ………………………………………………………………

Podpis potencjalnego dawcy żywego …………………………………………………...

Podpis biorcy…………………………………………………………………………….

Podpis (pieczątka) lekarza zgłaszającego………………………………………………..