

(Pranešimo apie raumeninių ir kaulinių audinių recipiento statusą forma)

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga _____
(pavadinimas, adresas, kodas)

Nacionaliniam transplantacijos biurui
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PRANEŠIMAS APIE RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ RECIPIENTO STATUSĄ

Recipiento vardas, pavardė _____

Asmens kodas _____

Diagnozė (rekomenduojama pagal TLK-10-AM) _____

Žymos, nurodančios recipiento statusą:

☐ recipientui reikalinga skubi transplantacijos operacija, nustatytos indikacijos:

☐ gyvybę gelbstinti operacija;

☐ raumeninių ar kaulinių audinių defektas, kuris paaiškėjo operacijos metu;

☐ vaikų raumeninių ir kaulinių audinių defektas.

Reikalavimai donorui: _____

Gydytojų, nustačiusių skubios transplantacijos indikacijas ir dalyvavusių konsiliume dėl
skubios transplantacijos, vardai, pavardės:

1. _____

2. _____

3. _____

☐ recipiento sveikatos būklė pagerėjo ir nepagrindžiamos indikacijos:

☐ transplantacijos ☐ skubios transplantacijos (data) _____

☐ recipientui nustatytos transplantacijos kontraindikacijos:

☐ absoliučios ☐ santykinės (data) _____

☐ recipientui galima atlikti transplantacijos operaciją (data) _____

☐ recipientui atlikta transplantacijos operacija (data, ligos istorijos numeris, donoro Nr.) _____

☐ recipientas raštu atsisakė transplantacijos operacijos (data) _____

☐ recipientas mirė (data) _____

(tinkamą variantą pažymėti ☒)

Gydytojas, atsakingas už informacijos pateikimą:

(gydytojo spaudas)

(parašas)

Data.....