

**(Konsiliumo dėl skubios raumeninių ir kaulinių audinių transplantacijos indikacijų  
nustatymo protokolo forma)**

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga \_\_\_\_\_  
(pavadinimas, adresas, kodas)

**KONSILIUMO DĖL SKUBIOS RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ  
TRANSPLANTACIJOS INDIKACIJŲ NUSTATYMO  
PROTOKOLAS**

\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
(data)

Gydytojų konsiliume, sudarytame iš gydytojų ortopedų traumatologų / plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojų / gydytojų neurochirurgų / gydytojų veido ir žandikaulių chirurgų (tai, kas tinka, pabraukti), aptarta paciento

\_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, asmens kodas)

būklė, įvertinta anamnezė, objektyvus tyrimo duomenys, papildomų konsultantų išvados ir nustatyta

\_\_\_\_\_  
(raumeninių ir kaulinių audinių pažeidimas)

Nustatyta diagnozė

\_\_\_\_\_  
(išsami diagnozė pagal TLK-10-AM)

Nustatyta, kad yra indikacijų atlikti skubią ☐ raumeninių / ☐ raumeninių ir kaulinių / ☐ kaulinių (tai, kas tinka, pažymėti) audinių transplantaciją.

Konsiliumo dalyviai:

1. \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, parašas)

2. \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, parašas)

3. \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, parašas)

Su konsiliumo išvadomis susipažinau

\_\_\_\_\_  
(paciento (paciento atstovo) vardas, pavardė, parašas)