Raumeninių ir kaulinių audinių transplantacijos paslaugų teikimo tvarkos aprašo

4 priedas

**(Raumeninių ir kaulinių audinių donoro duomenų anketos forma)**

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje paimti audiniai\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pavadinimas, adresas, kodas)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RAUMENINIŲ IR KAULINIŲ AUDINIŲ DONORO DUOMENŲ ANKETA**

|  |  |
| --- | --- |
| Skyrius \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vardas\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Gyvo donoro identifikacijos Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mirusio donoro identifikacijos Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pavardė\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gimimo data\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (\*motinos ir vaiko, jei donorystė yra susijusi su motina ir vaiku) | Ligos istorijos Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ar yra artimųjų sutikimas, kad mirusio donoro audiniai būtų paimti ir atiduoti transplantacijai? TAIP |
| Lytis Vyras Moteris | Sutikimas būti donoru TAIP |
| Amžius\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sutikimas dėl autologinio naudojimo TAIP  Sutikimas dėl alogeninio naudojimo TAIP |
| Ar yra infekcija? TAIP NE  Ar yra injekcijų į veną ar narkotinių medžiagų vartojimo ženklų? TAIP NE  Ar kūne yra svetimkūnių (auskarų)? TAIP NE  Ar ant kūno yra tatuiruočių? TAIP NE | |

Ar sergama (buvo sirgta) lėtinėmis ligomis? TAIP NE Jei taip, kokiomis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ar donorui per pastarąsias 48 val. buvo perpiltas kraujas? TAIP NE

Ar vartoti imunosupresantai TAIP NE Jei taip, kiek laiko ir kokie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informaciją pateikė \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pareigos, parašas, vardas, pavardė)*

Informacijos pateikimo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eil. Nr. | Analitė / tyrimas | Tyrimo rezultatas |
| 1. | HBsAg |  |
| 2. | anti HBcor |  |
| 3. | CMV IgG |  |
| 4. | CMV IgM |  |
| 5. | TPHA |  |
| 6. | RPR |  |
| 7. | anti HCV |  |
| 8. | anti ŽIV 1 / 2 |  |
| 9. | Mikrobiologinis |  |
| 10. | Histologinis |  |

|  |
| --- |
| Audinį paėmęs gydytojas \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(pareigos, parašas, vardas, pavardė)* |
| Audinio paėmimo data ir laikas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |