

Inksto transplantacijos paslaugų teikimo
ir apmokėjimo tvarkos aprašo
10 priedas

(Inksto paėmimo protokolo forma)

INKSTO PAĖMIMO PROTOKOLAS

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga _____, kurioje paimamas inkstas

Donoro identifikavimo Nr. _____ Donoras gyvas ☐ miręs ☐

Tos pačios kraujo grupės ☐ Ne tos pačios kraujo grupės ☐

Donoro gimimo metai _____ Vyras ☐ Moteris ☐

Diagnozė pagal TLK-AM-10 _____

Kraujo grupė: 0 ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ Rezus (Rh) faktorius: teigiamas ☐ neigiamas ☐

Transplantato charakteristika

Arterija

Vena

Šlapimtakis

Pastabos

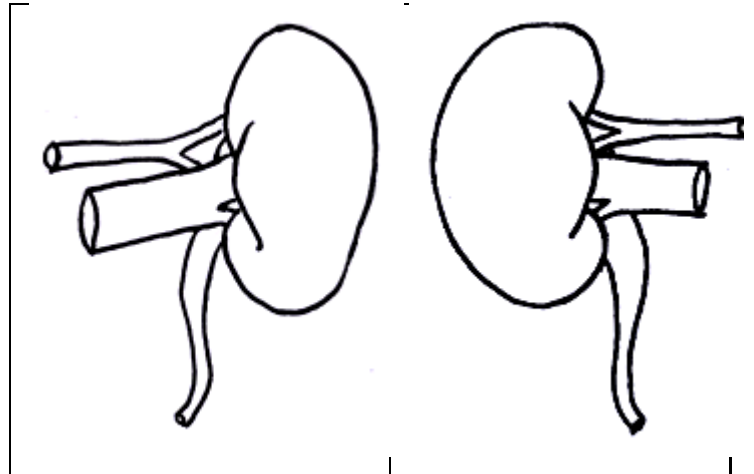
Šiluminės anoksijos pradžia _____

Hipoterminės perfuzijos pradžia _____

Perfuzinis tirpalas _____, kiekis _____

Perfuzijos parametrai _____

Pastabos _____



Klinikiniai donoro sveikatos duomenys

Arterinis kraujo spaudimas. _____ Biocheminio kraujo tyrimo rezultatas:

Kūno temperatūra _____ Šlapalas _____

Vazotonikai (dozė) _____ Kreatininas _____

Diurezė pastarąsias 24 val. _____ K⁺ _____ Na⁺ _____

Pastarosios val. diurezė _____ Šlapimo tyrimas _____

Diuretikai _____ Bendro kraujo tyrimo rezultatas: _____

Antikoagulantai _____ Leukocitai _____ ENG _____

Kiti medikamentai _____ Mikrobiologiniai tyrimai _____

Nefrektomiją atliko _____ (spaudas, parašas) _____ (data)

Sveikatos priežiūros įstaigos, atlikusios inksto paėmimą, pavadinimas _____