

Inksto transplantacijos paslaugų teikimo
ir apmokėjimo tvarkos aprašo
11 priedas

(Pranešimo apie gyvo donoro inksto transplantaciją forma)

Duomenų teikėjo pavadinimas, adresas, kodas

Nacionaliniam transplantacijos biurui
prie Sveikatos apsaugos ministerijos
faksas (8 5) 279 66 91

PRANEŠIMAS APIE GYVO DONORO INKSTO TRANSPLANTACIJĄ

DONORO DUOMENYS

Vardas, pavardė _____

Asmens kodas _____

Gyvenamoji vieta, tel. Nr. _____

Kraujo grupė _____ Rh faktorius _____

Tyrimo pavadinimas	Rezultatai	Tyrimo pavadinimas	Rezultatai
Hepatito B viruso (HBV) HBs antigeno		Hepatito C viruso (HCV) antikūnų	
Hepatito B viruso (HBV) HBcor antikūnų		Sifilio nustatymas	
Hepatito B viruso (HBV) HBs antikūnų		ŽIV nustatymas	
Tyrimo pavadinimas	Rezultatai		
Žmogaus leukocitų I ir II klasės antigenų			

Ryšys su recipientu: giminystės (įvardyti) _____ sutuoktinis, porinė donorystė

Organo paėmimo operacija: transplantuota (data) _____

paimta, bet netransplantuota (priežastis) _____

DUOMENYS APIE RECIPIENTĄ

Vardas, pavardė _____

Asmens kodas _____

Gyvenamoji vieta, tel. Nr. _____
(įvardyti)

Gydytojo, atsakingo už informacijos pateikimą, spaudas, parašas _____

Data _____

Informaciją Nacionaliniam transplantacijos biurui prie SAM pateikti Registro nuostatuose nustatyta tvarka.