

Inksto transplantacijos paslaugų teikimo
ir apmokėjimo tvarkos aprašo
3 priedas

(Pranešimo apie inksto recipiento statusą žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorų bei recipientų registre
forma)

Duomenų teikėjo pavadinimas, adresas, kodas

Nacionaliniam transplantacijos biurui prie Sveikatos apsaugos ministerijos

**PRANEŠIMAS APIE INKSTO RECIPIENTO STATUSĄ ŽMOGAUS AUDINIŲ, LĄSTELIŲ IR
ORGANŲ DONORŲ BEI RECIPIENTŲ REGISTRE**

Recipiento vardas, pavardė.....

Asmens kodas.....

Diagnozė (pagal TLK-10-AM).....

Žymos, nurodančios recipiento statusą:

- nustatytos laikinos inksto transplantacijos kontraindikacijos (data, priežastis) ;
- išnykusios laikinos inksto transplantacijos kontraindikacijos ;
- išnykusios inksto transplantacijos indikacijos (data, priežastis)..... ;
- atlikta inksto transplantacijos operacija (data)..... ;
- transplantato pašalinimas (data, priežastis) ;
- nustatyta absoliučių inksto transplantacijos kontraindikacijų (data, priežastys) ;
- recipientas raštu atsisako inksto transplantacijos (data)..... ;
- recipientas mirė (mirties data)..... ;
- sunkumai atlikti dializę (pildo Transplantacijos paslaugų įstaigos gydytojas konsiliumo metu) ;
- recipientas ruošiamas gyvo donoro inksto transplantacijai ;
- kita (recipiento asmens ir kontaktinių duomenų pasikeitimai ir pan.) ;

Gydytojo, atsakingo už informacijos pateikimą, spaudas, parašas.....

Data.....