

Inksto transplantacijos  
 paslaugų teikimo ir  
 apmokėjimo tvarkos aprašo  
 5 priedas

(Aktyvių inksto recipientų sąrašo forma)

Įstaigos pavadinimas, kodas, adresas																
<b>AKTYVIŲ INKSTO RECIPIENTŲ SĄRAŠAS</b>																
Eil. Nr.	Recipiento vardas, pavardė	Gyvenamoji vieta	Kontaktiniai telefonai	Gimimo data	Pirmos HD/PD data (pažymėti dializės tipą)	Įregistravimo registre data	Kraujo gr.		Virusologiniai žymenys						Ūgis, svoris	Ligos diagnozė pagal TLK-AM-10
							ABO	Rh	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBcor	Anti-HCV	ŽIV	Tyrimas dėl sifilio		
1																
2																
ND – nėra duomenų																
Gydytojo, atsakingo už informacijos teikimą, spaudas, parašas _____																
Data																