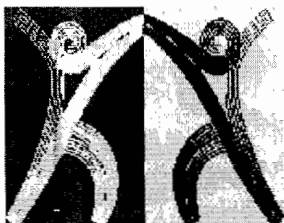


Β.3 ΔΩΡΗΤΕΣ ΝΕΦΡΟΥ ΜΟΝΟΝΕΦΡΟΙ

1. Βεβαίωση ειδικά αιτιολογημένη του Επιστημονικά Υπεύθυνου της Μονάδας στην οποία είχε διενεργηθεί η κατά το άρθρο 8 ζώσα μεταμόσχευση ότι ο υποψήφιος λήπτης ήταν νομίμως δωρητής νεφρικού μοσχεύματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Προμεταμοσχευτικός έλεγχος-Έντυπα και Διαδικασίες



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ.)

Α. ΤΣΟΧΑ 5, ΑΘΗΝΑ 11521
 ΤΗΛ.:1147, 213-2027000, FAX: 210-7255066
 E- mail: coordination@eom.gr

ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (Π.Ε.)
ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:		ΜΗΤΕΡΑΣ:	
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:			
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘ.:	
ΠΕΡΙΟΧΗ:	ΠΟΛΗ:	Τ.Κ.:	

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	
ΠΑΙΔΙΑ:	ΗΛΙΚΙΕΣ:
ΑΣΦΑΛ. ΦΟΡΕΑΣ:	ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ: Α.Μ.Κ.Α.:
ΜΟΝΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:	ΤΗΛ.:

- Να επισυνάπτεται πάντοτε στον Π.Ε. αντίγραφο της Αστυνομικής Ταυτότητας / του Διαβατηρίου του υποψηφίου.
- Ειδικότερα σε περίπτωση Αλλοδαπού πολίτη, απαιτείται αντίγραφο του Διαβατηρίου καθώς και αντίγραφο της Άδειας Διαμονής στη χώρα.
Προσοχή: Οι υποψήφιοι με Άδεια Διαμονής, οφείλουν κάθε φορά που η άδειά τους ανανεώνεται, να αποστέλλουν αντίγραφο της ανανεωμένης άδειας στη Μονάδα Μεταμόσχευσης, όπου είναι εγγεγραμμένοι, ώστε ο φάκελός τους να παραμένει επικαιροποιημένος.

ΑΙΤΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ:

ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

1. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ*

ΑΠΟ :	ΕΩΣ :
ΑΠΟ :	ΕΩΣ :
ΑΠΟ :	ΕΩΣ :

2. ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ*

ΑΠΟ :	ΕΩΣ :
ΑΠΟ :	ΕΩΣ :
ΑΠΟ :	ΕΩΣ :

*ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΜΤΝ

3. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

ΗΜΕΡ. ΜΕΤΑΜ/ΣΗΣ:		ΚΕΝΤΡΟ:	
ΔΟΤΗΣ:		ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ	
ΖΩΝΤΑΣ			

ΗΛΑ ΔΟΤΗ :	A :	B :	DR :
ΑΙΤΙΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ :			ΗΜΕΡ. :

** ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ή ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΝ ΜΜΝ

ΥΨΟΣ.....ΒΑΡΟΣ.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΥ

.....

.....

.....

.....

.....

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

.....

.....

.....

.....

.....

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

.....

.....

.....

.....

.....

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

.....

.....

.....
.....
ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ (ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΑ)

.....
.....
.....
ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ:

.....
.....
.....
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ (Ιδιαίτερας του ουροποιητικού)

.....
.....
.....
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ:
.....
.....
.....

.....
.....

2. ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....

3. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. ΠΕΠΤΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. ΝΕΥΡΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:

.....
.....
.....

.....
.....
.....

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. ΚΟΙΛΙΑ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. ΝΕΥΡΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. ΛΟΙΠΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ:

.....
.....

.....
.....
.....

ΕΙΔΙΚΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ

ΗΚΓ: (/ /)

.....
.....
.....
.....

U/S ΚΑΡΔΙΑΣ: (/ /)

.....
.....
.....
.....
.....

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ * : (/ /)

.....
.....

.....
.....
.....
.....

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΘΑΛΙΟ * : (/ /)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRIPLEX ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ: (/ /)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRIPLEX ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ – ΛΑΓΟΝΙΩΝ: (/ /)

.....
.....
.....

.....
.....

* όπου κρίνεται αναγκαίο

2. ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ

U/S ΝΕΦΡΩΝ: (/ /)

.....
.....
.....
.....

U/S ΠΡΟΣΤΑΤΗ: (/ /)

.....
.....
.....

U/S ΜΗΤΡΑΣ – ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ – ΩΟΘΗΚΩΝ: (/ /)

.....
.....
.....
.....

ΑΝΙΟΥΣΑ ΚΥΣΤΕΟΓΡΑΦΙΑ: (/ /)

.....
.....
.....

ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ * : (/ /)

.....
.....

.....
.....

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ: (/ /)

.....
.....
.....

PAP TEST: (/ /)

.....
.....
.....
.....

3. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ: (/ /)

.....
.....
.....

ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ: (/ /)

.....
.....
.....

ΜΑΝΤΟΥΧ: (/ /)

.....
.....

4. ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Υ/Σ ΚΟΙΛΙΑΣ: (/ /)

.....

.....

.....

.....

ΒΑΡΙΟΥΧΟ ΓΕΥΜΑ: (/ /)

.....

.....

.....

.....

ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ: (/ /)

.....

.....

.....

.....

ΜΑΥΕΡ ΚΟΠΡΑΝΩΝ: (/ /)

.....

.....

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ *:(/ /)

.....

.....

.....

.....

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ * : (/ /)

.....
.....
.....
.....

5. ΝΕΥΡΙΚΟΥ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ: (/ /)

.....
.....
.....
.....

ΒΥΘΟΣΚΟΠΗΣΗ: (/ /)

.....
.....
.....

6. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ

U/S ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΩΝ : (/ /)

.....
.....
.....

* όπου κρίνεται αναγκαίο

SCAN ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΩΝ : (/ /)

.....
.....
.....

7. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ

ΟΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: (/ /)

.....

.....

.....

.....

8. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: (/ /)

.....

.....

.....

9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΩΡΛ: (/ /)

.....

.....

.....

10. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ: (/ /)

.....

.....

.....

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:	RHESUS:	
ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ (αριθμός – ημερομηνία τελευταίας):		
ΙΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΓΟΝΑ (ορολογική τυποποίηση)		
HLA – A:		
HLA – B:		
HLA – C:		
HLA – DR:		
HLA – DQ:		
ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ: (/ /)		

(επισυνάπτεται αντίγραφο του εντύπου του Κέντρου Ιστοσυμβατότητας)

2. ΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β: (/ /)
HbsAg (), Anti – HBs (), Anti – HBc IgG (), HbeAg (), Anti – Hbe ()
HBV DNA (), HBV PCR ()
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C: (/ /)
Anti - HCV (), HCV - RNA PCR ()
ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟΣ – CMV: (/ /) IgM (), IgG ()
ΕΡΠΗΤΟΪΟΣ – HSV: (/ /) IgM (), IgG ()
ΙΟΣ ΕΡΣΤΕΙΝ – ΒΑΡΡ – ΕΒV: (/ /) IgM (), IgG ()
HIV: (/ /) ()

3. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (/ /)

Hct: % HB: gr/dl
 Λευκά: /mm³ (π = %, λ = %, μ = %, η = %, β = %)
 Αιμοπετάλια: /mm³
 ΡΤ/ΡΤΤ: "/ " ΤΚΕ: 1η ώρα

4. ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (/ /)

Σάκχαρο: mg/dl	Ουρία: mg/dl	Κρεατινίνη: mg/dl
Na ⁺ : mEq/L	K ⁺ : mEq/L	Ca ⁺⁺ : mg/dl
P ⁺⁺ : mg/dl	SGOT: IU/L	SGPT: IU/L
γGT: IU/L	ALP: IU/L	Ουρικό οξύ: mg/dl
Χοληστερίνη: mg/dl	Τριγλυκερίδια: mg/dl	Χολερυθρίνη: mg/dl
Αλβουμίνη: mg/dl	Ολ. λευκώματα ορού: mg/dl	LDH: U/L
Σίδηρος ορού: mg/dl	PSA :	

5. ΕΛΕΓΧΟΣ ΟΥΡΩΝ (/ /)

Όγκος ούρων 24ώρου:	ml
Λεύκωμα ούρων 24ώρου :	mg
Καλλιέργεια ούρων :	1. (/ /)
	2. (/ /)
	3. (/ /)

6. ΟΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (/ /)

ANA:	RF:	Anti – DNA:	
------	-----	-------------	--

7. ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (/ /)

T3:	T4 :	TSH :	PTH :
-----	------	-------	-------

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

.....

.....

.....

.....

.....

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΓΝΩΜΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΥ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (/ /)
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΑΜΚΑ

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....
.....
Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ

Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

.....
.....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....
.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Επιλογή Μονάδας Μεταμόσχευσης από τον ασθενή:

.....
.....
Ημερομηνία και υπογραφή υποψήφιου λήπτη νεφρικού μοσχεύματος:

.....
.....
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΝΗΣΙΟΥ ΤΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

.....
.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ: (/ /)
Ο Διευθυντής/Επιστημονικά
Υπεύθυνος της Μονάδας
Μεταμοσχεύσεων