

Identifikační štítek pacienta:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ pacienta:

Adresa bydliště:

**Záznam o stavu vyšetření pacienta před ☐ autologní ☐ alogenní transplantací
krvetočivých buněk a o propuštění k transplantaci**

Diagnóza: Předpokládaný termín transplantace:

Informovaný souhlas s transplantací podepsal pacient dne

Konfirmace HLA před alogenní transplantací provedena dne

Laboratorní odběry provedeny dne ☐ bez kontraindikace výkonu

Sérologická vyšetření provedena dne ☐ bez kontraindikace výkonu

Stomatologické vyšetření provedeno dne ☐ bez kontraindikace výkonu

ORL vyšetření provedeno dne ☐ bez kontraindikace výkonu

Gynekologické vyšetření provedeno dne ☐ bez kontraindikace výkonu

RTG plic provedeno dne ☐ bez kontraindikace výkonu

Echokardiografické vyšetření provedeno dne ☐ bez kontraindikace výkonu

Spirometrie provedena dne ☐ bez kontraindikace výkonu

Sonografie břicha provedena dne ☐ bez kontraindikace výkonu

Jiná vyšetření

byla provedena dne: ☐ bez kontraindikace výkonu

Závěr:

☐ Pacient vyhovuje všem kritériím pro provedení transplantace a byl propuštěn k výkonu dne

☐ Pacient nevyhověl všem kritériím pro provedení transplantace – od výkonu upuštěno dne

☐ Transplantace byla odložena – nezbytné zopakovat předtransplantační vyšetření.

V Olomouci dne

Jméno, příjmení ošetřujícího lékaře	Jméno, příjmení vedoucího lékaře Transplantačního programu	Jméno, příjmení transplantačního koordinátora
Podpis ošetřujícího lékaře	Podpis vedoucího lékaře Transplantačního programu	Podpis transplantačního koordinátora