



Příloha č. 1 MP-L010-02-1

Zařazení/vyřazení* pacienta do/z* čekací listiny na transplantaci ledviny*/ledvina+pankreas*



KOORDINAČNÍ STŘEDISKO
TRANSPLANTACÍ

Koordináční středisko transplantací
Ruská 85, 100 00 Praha 10
Tel: +420 271 019 352 / Fax: +420 271 019 356

Registrační číslo WL:
(přítamuje KST)

**Zařazení/vyřazení* nemocného do/z* čekací listiny na transplantaci
LEDVINY/* LEDVINY+PANKREAS*/ LEDVINY +.....**

Jméno a příjmení čekatele: Rodné příjmení:
Rodné číslo: Pojišťovna: Telefon čekatele:
Trvalé bydliště: PSČ:
Občanství:
Krevní skupina: Rh: HLA typizace: A B DR DQ Počet předchozích transplantací:
HDS: Telefon na HDS:
Typ: HD/ CAPD/ preemptivní * Dialyzován od: Dg. dle MKN:
Požadované zařazení: **Důvod dočasného/trvalého vyřazení:**
NOVÉ k 1.TX
NOVÉ k retransplantaci
OPĚTOVNÉ – po předchozím dočasném vyřazení
Požadované vyřazení:
DOČASNÉ TRVALÉ
Datum:

*Nehodící se škrtněte

Jmenovka a podpis lékaře HDS
razítko zařízení

Jmenovka a podpis lékaře regionálního TC
razítko zařízení

Tato příloha nepodléhá připomínkovému řízení.