



Příloha č. 4 PP-MP-L010-01-01-4

Vzor - Průvodní list odebrané ledviny a průvodní list odebrané tkáně pro tkáňové zařízení

KOORDINAČNÍ STŘEDISKO
TRANSPLANTACÍ

PRŮVODNÍ LIST ODEBRANÉ LEDVINY

Datum odběru:

Odběrový tým:

Místo odběru:

<u>Dárce:</u> Jméno a příjmení dárce: RČ: Krevní skupina: Rh: Hmotnost: Výška: Pojišťovna: Datum a čas potvrzení smrti mozku: Příčina smrti mozku: Doba hospitalizace na ARO: Ostatní diagnózy: HIV: HBsAg: BWR: HCV: CMV IgG: CMV IgM: HLA typizace: A: B: DR: Hypotenze (TK _s pod 80 mmHg) ano / ne trvání: Katecholaminy (druh, dávka, doba podávání): Diuréza: ml/ hod Adiuretin: S-kreatinin: S-urea: S-Na ⁺ : S-K ⁺ : moč chem.+sediment: Moč bakter.: Antibiotika: Jiné:									
<u>Odběr:</u> Heparin podán: ANO NE dávka: Lymfatické uzliny a část sleziny odebrány: ano / ne Vzorek krve odebrán: ano / ne									
LEDVINY									
	Tepna	Žíla	Močovod	Krevní oběh v ledvině přerušen v:	Zahájení perfúze	Doba perfúze (v min.)	Doba teplé ischémie (v min.)	Biopsie	
levá				hod. min.	hod. min.				
pravá				hod. min.	hod. min.				
Perfúze - použitý roztok a množství: Poznámky:									
_____ Jmenovka a podpis odbírajícího chirurga									
<u>Příjemce:</u> Jméno příjemce: RČ: Pojišťovna: Krevní skupina: Rh: HLA typizace: A: B: DR: Krevní oběh transplantátu obnoven dne: v hod. min. Doba studené ischémie: hod. min. Manipulační čas: Ledvina nebyla použita (uved'te důvod):									
_____ Jmenovka a podpis transplantujícího chirurga									

LIST A: zůstává na pracovišti provádějící odběr ledvin

KOORDINAČNÍ STŘEDISKO TRANSPLANTACÍ, Ruská 85, 100 00 Praha 10, email: sekretariat@ksti.cz, tel: + 420 271 019 352, fax: + 420 271 019 356



Příloha č. 4 PP-MP-L010-01-01-4



KOORDINAČNÍ STŘEDISKO
TRANSPLANTACÍ

PRŮVODNÍ LIST ODEBRANÉ TKÁNĚ PRO TKÁŇOVÉ ZAŘÍZENÍ

Místo odběru Odběrový tým Datum identifikace dárce a posouzení zdravotní způsobilosti

IDENTIFIKACE DÁRCE					
Jméno a příjmení dárce:				Rodné číslo:	ID:
Příčina smrti:					
Datum úmrtí:		Krevní skupina a Rh faktor:		Pojišťovna:	
Hodina úmrtí:		Hmotnost:		Výška:	
Virologie a serologie					
HbsAg:		Anti-HCV:		RRR:	
Anti-HbcAg:		CMV IgG		TPLA/TPHA:	
HIV 1,2, p24:		CMV IgM			
ODBĚR					
Specifikace tkáně: ☐ SRDCE ☐ CÉVNÍ ŠTĚP					
JINÉ					
Datum a hod odběru: dne .. / .. 20 .. v .. hod. .. min.					
Odebírající chirurg:	MUDr.		Pracoviště:		
Tělo zemřelého dárce bude převezeno na oddělení patologie/ soudního lékařství (adresa):					
Posouzení způsobilosti dárce			ANO	NE	Není známo
Neznámá příčina úmrtí			☐	☐	☐
Anamnéza choroby neznámé etiologie			☐	☐	☐
Cestovatelská anamnéza			☐	☐	☐
Anamnéza chronické systémové autoimunitní nemoci			☐	☐	☐
Anamnestické údaje o otravě	kyanid		☐	☐	☐
	olovo		☐	☐	☐
	rtuť		☐	☐	☐
	zlato		☐	☐	☐
	radiace		☐	☐	☐
	jiné		☐	☐	☐



Příloha č. 4 PP-MP-L010-01-01-4

Posouzení vhodnosti dárce	ANO	NE	Není známo
Chronická hemodialýza v anamnéze	☐	☐	☐
Neurochirurgický zákrok v anamnéze	☐	☐	☐
Současná nebo minulá anamnéza zhoubné choroby	☐	☐	☐
Primární bazální buněčný karcinom	☐	☐	☐
Karcinom in situ děložního čípku	☐	☐	☐
Primární nádor CNS	☐	☐	☐
Creutzfeldt-Jakobova nemoc	☐	☐	☐
Anamnéza rychlé progresivní demence	☐	☐	☐
Anamnéza degenerativní neurologické nemoci	☐	☐	☐
Příjemce hormonálních preparátů z lidské hypofýzy	☐	☐	☐
Příjemce xenotransplantátu	☐	☐	☐
Příjemce transplantátů			
oční rohovka	☐	☐	☐
skléra	☐	☐	☐
tvrdá plena mozková	☐	☐	☐
jiné	☐	☐	☐
Systémová infekce nezvládnutá v době dárce	☐	☐	☐
Léčba imunosupresivními preparáty	☐	☐	☐
Indikace, že výsledky testů krevních vzorků budou neplatné pro hemodiluci	☐	☐	☐
Stopy po vpichu	☐	☐	☐
Tetování	☐	☐	☐
U DCD (donor after cardiac /circulatory death):			
uložení těla zemřelého při snížené teplotě + 4 °C (počet hodin)			
uložení těla zemřelého v prostředí, jehož teplota není snížena (počet hodin)			
U dětských dárců mladších 18 měsíců anamnestické údaje o matce:			
HIV	☐	☐	☐
hepatitida B	☐	☐	☐
hepatitida C	☐	☐	☐
HTLV	☐	☐	☐
Odpovědná osoba odběrového zařízení (případně pověřený odběrový chirurg):			
Jméno:	Podpis:		
Dárce identifikoval a posouzení vhodnosti provedl (případně pověřený odběrový chirurg):			
Jméno:	Podpis:		
Pracoviště:			

LIST A: zůstává na pracovišti provádějící odběr tkáně

KOORDINAČNÍ STŘEDISKO TRANSPLANTACÍ, Ruská 85, 100 00 Praha 10, email:sekretariat@kst.cz, tel: + 420 271 019 352, fax: + 420 271 019 356