|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Transzplantációs Központ:  (HBSTP/HDBTP/HPCTP/HSZTP) | Regisztráció dátuma: |  |  | **Első regisztráció**  **Változás jelentése**  **Újra-regisztrálás** |
| Kezelőorvos: | ET szám: |  |
| Telefon No: +36- | Nemzeti Várólista szám: |  |
| Dialízis központ BNO kódja: | Dialízis Központ/ város: |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beteg vezetéknév: | | Keresztnév: | Monogram: | | Születési idő: | | | Sex:  (M/F) |
| Állampolgárság: | Lakcím, irányítószám: | | | | | TAJ: | | |
| Telefon: +36-  Telefon: +36- | | Vércsoport ABO: | Rh(D): | Testsúly (kg): | | | Magasság (cm): | |
| Transzfúzió regisztráció előtt:  Transzfúzió regisztrációt követően: | | Terhességek száma: | | Gyermekek száma: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fertőző betegség  vizsgálatok dátuma: | antiHIV: | HBsAg: | antiHBc: | antiCMV IgG: | Toxopl: | HB imm: |
| HIV ag: | antiHBs: | antiHCV: | antiCMV IgM: | Lues (antiTP): | antiEBV: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alkalmasság**  **T** Transzplantálható  **NT** Nem transzplantálható , | | | | HU = sürgős (külön indoklandó) |
| Ha a státus NT, ennek oka: ; ha egyéb, oka: | | | | Előző átültetés időpontja:       szerv:  Előző átültetés időpontja:       szerv:  Előző átültetés időpontja:       szerv: |
| Egyéb szerv: | | | Élő donor: |
| **Elsődleges betegség:** | ICD10: | | EDTA: | Graftvesztés kódja: |
| Dialízis kezdés/újrakezdés időpontja: | | Módja:  (HD / HHD / IPD / PD / TU / ND) | | Graftvesztés időpontja: |

Kérem a beteg várólistára vételét:

Dátum ........................... név ................................... Aláírás, pecsét.........................

A Regionális Vese-transzplantációs Bizottság tölti ki:

|  |
| --- |
| **Recipiens-specifikus vesedonor-profil** (csak a centrum-profiltól való eltérés esetén töltendő ki) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Min Age:    yrs | HBsAg:     Any/Neg | Sepsis:    Yes/No | | Max Age:    yrs | HBcAb:    Any/Neg | Meningitis:    Yes/No | | Accept NHB: :     Yes/No | HCVAb:    Any/Neg | Malignant Tumor:    Yes/No | | Accept en bloc  (=< 5 yrs): :     Yes/No | Exclude Recipient  From No Capacity:     Yes/No | Drug Abuse :    Yes/No | | NHB Donor:    Yes/No |  | Domino Donor:     Yes/No | | Euthanasia Donor:     Yes/No |  | Rescue Allocation:    Yes/No | | ESP (donor>= 65 yrs): Yes/No |  |  | | |

HU státus kérelmezéséhez F 1.30 mellékelve:  ; Meghosszabbított pediátriai státus kérelmezéséhez F 1.31 mellékelve:

A beteget a Regionális Vesetranszplantációs Bizottság várólistára helyezte:

Dátum ........................... név ................................... Aláírás, pecsét.........................