|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.........................