



Wymagane dokumenty:

**Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii  
Instytutu Kardiologii w Warszawie**

Regon: 000837583 NIP: 525-000-85-25

ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa

tel. 0048 22/815 42 17, 0048 22/343 44 83, fax. 0048 22/343 45 22

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. n. med. Tomasz Zeliński

Z-ca Kierownika Kliniki: Dr n. med. Małgorzata Sobieszkańska-Malek

.....  
(pieczęć ośrodka zgłaszającego)

dn. ....

**KARTA POTENCJALNEGO BIORCY SERCA**

NAZWISKO I IMIĘ .....

DATA URODZENIA .....

PESEL ..... NFZ .....

ADRES PACJENTA .....

TEL. ....

Najbliższy telefon kontaktowy .....

SZPITAL, KLINIKA, ODDZIAŁ ZGŁASZAJĄCY /ADRES/TEL./FAX/

.....

.....

.....

KIEROWNIK KLINIKI/ODDZIAŁU .....

LEKARZ OPIEKUJĄCY SIĘ CHORYM W SZPITALU .....

**LEKARZ OPIEKUJĄCY SIĘ CHORYM W PORADNI KARDIOLOGICZNEJ**

**(przed i po kwalifikacji do OHT)**

.....

(Nazwisko/imię)

.....

(Adres)

(tel./fax)

## WSKAZANIA / PRZECIWSKAZANIA DO PRZESZCZEPU SERCA

Uwaga: wszystkie rubryki MUSZĄ być dokładnie wypełnione, karty wypisowe ze szpitala są załącznikiem do ANKIETY.

*Waga* .....  
*Wzrost*.....  
*BMI* .....*kg/m<sup>2</sup>*  
*Grupa krwi* ..... *Rh* .....

..... / ..... / ..... /  
 dzień / m-c c /rok

<b>POTENCJALNI KANDYDACI DO PRZESZCZEPU SERCA</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Brak informacji</b>
1. Chorzy z niewydolnością serca w wieku do 65 roku życia.			
2. Z cechami III lub IV kl. NYHA.			
3. Z epizodami hiperwolemii lub obniżonym rzutem serca w warunkach spoczynku.			
4. Z obniżoną < 30% frakcją wyrzutową lewej komory. lub/i			
5. Z cechami upośledzonego napełniania lewej komory w badaniu Dopplerowskim. lub/i			
6. Wysokim ciśnieniem późnorozkurczowym lewej komory lub ciśnieniem średnim w kapilarach płucnych (> 16 mmHg). lub/i			
7. Wysokim poziomem NT-proBNP (>2000 pg/ml).			
<b>W badaniach czynnościowych</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Brak informacji</b>
1. Niemożność wykonywania wysiłków fizycznych (IV kl. NYHA). lub			
2. Dystans 6 min. chodu <300 m.			
3. Maksymalne zużycie O <sub>2</sub> < 12, 14 ml/kg/min.			
Co najmniej 1 hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy wymagająca podawania katecholamin i diuretyków.			

.....  
(podpis lekarza zgłaszającego)

<b>PRZECIWSKAZANIA DO PRZESZCZEPU SERCA (KWALIFIKACJI)</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Brak informacji</b>
1. Nieodwracalny wysoki naczyniowy opór płucny (nadciśnienie płucne utrwalone):			
2. Gradient przezpłucny (TPG) > 16 mmHg; PVR ≥ 5 j. Wooda (PVRI > 6); PASP > 60 mmHg.			
3. Niewydolność oddechowa w przebiegu chorób płuc FVC < 50%; FEV1 < 1.5 l/min.			
4. Niewydolność wątroby (spontaniczny wskaźnik protrombiny < 60%).			
5. Niewydolność nerek (stężenie kreatyniny ≥ 250 mol/l; GFR < 50 ml/min).			
6. Choroba nowotworowa w okresie remisji < 5 lat.			
7. Przebyte incydenty zakrzepowo-zatorowe w zakresie naczyń obwodowych i centralnych w okresie < 3 miesięcy, lub w okresie > 3 miesięcy, zależnie od ciężkości incydentu.			

.....  
(podpis lekarza zgłaszającego)

### **INNE WSKAZANIA DO PRZESZCZEPU SERCA**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Groźne dla życia zaburzenia rytmu                           | TAK | NIE |
| a. Czy chory ma wszczepiony defibrylator                       | TAK | NIE |
| b. Czy miał wykonaną ablację                                   | TAK | NIE |
| c. Czy wymagał defibrylacji z powodu komorowych zaburzeń rytmu | TAK | NIE |

Czy w opinii Pana/i/ zostały wykorzystane wszystkie standardowe sposoby leczenia zaburzeń rytmu.

TAK NIE

2. Czy wykluczono inne poza przeszczepem sposoby leczenia pacjenta:

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| a. rewaskularyzację  | TAK | NIE |
| b. wymianę zastawki aortalnej powodu krytycznej wady                       | TAK | NIE |
| c. wymianę lub plastykę zastawki mitralnej z powodu ciężkiej niewydolności | TAK | NIE |

Komentarz:

.....

.....  
.....

### DOTYCHCZASOWE LECZENIE

Jakie leczenie zachowawcze stosowano u pacjenta, proszę podać leczenie „stabilne” w ciągu ostatniego miesiąca:

	LEK	DAWKA (dobowa)
a. Inhibitory konwertazy angiotensyny	...../.....	.....
b. Diuretyki	...../.....	.....
c. Beta blokery	...../.....	.....
d. Naparstnica	...../.....	.....
e. Blokery receptorów ACE	...../.....	.....
f. Spironolakton	...../.....	.....
g. Amiodaron	...../.....	.....
h. Inne (wymienić jakie z uwzględnieniem dawki dobowej)	...../.....	.....
	...../.....	.....
	...../.....	.....
	...../.....	.....

Jeżeli dawki leków odbiegały od „standardów leczenia” konieczny komentarz:

.....  
.....  
.....

Czy pacjent choruje na chorobę, która niezależnie od przeszczepu skraca oczekiwaną długość życia, jeżeli tak wymień jaką:

	Czas trwania

Czy chory nadużywa alkoholu\* TAK NIE  
(warunki)

Czy pali tytoń\* TAK NIE  
(warunki)

Czy jest narkomanem, lub nadużywa leków\* TAK NIE

Czy pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich\* TAK NIE

Czy pacjent systematycznie przyjmuje leki\* TAK NIE

Ile raz był pacjent hospitalizowany w ciągu ostatnich 12 miesięcy ...../razy

Czy wymagał stosowania dożylnych wlewów katecholamin TAK NIE

- ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy ...../razy

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy wymagał dożylnego podania katecholamin TAK NIE

- rodzaj ...../dawka.....
- jak długo .....dni
- rodzaj ...../dawka.....
- jak długo .....dni.
- rodzaj ...../dawka.....
- jak długo .....dni.

Czy wymaga podawania diuretyków dożylnie TAK NIE

\* Konieczna konsultacja psychologiczna, niezależnie od odpowiedzi TAK/NIE. W przypadku odpowiedzi TAK konieczne jest uzasadnienie konieczności wykonania przeszczepu serca.

.....

.....

.....

## BADANIA DIAGNOSTYCZNE

### 1. Echo serca (data):

#### Lewa komora:

Wymiary w cm – rozkurczowy LVDD:	
Wymiary w cm – skurczowy LVSD:	
Fracja wyrzutowa EF %:	
Lewy przedsionek w mm	

#### Prawa komora:

Wymiary w cm – rozkurczowy RVOTD:	
Wymiary w cm – skurczowy:	
Prawy przedsionek w mm:	
Szerokość t. płucnej w mm:	
Nadciśnienie w t. płucnej:	

**Fracja zastawek:**

Niedomykalność mitralna:	
Niedomykalność aortalna:	
Niedomykalność trójdzielna:	

2. RTG kl. piersiowej AP + bok
3. EKG (ostatnie)
4. Spirometria (wynik)
5. Gastroskopia (wynik)
6. W przypadku epizodów neurologicznych  
- CT (opis)
7. USG jamy brzusznej (wynik)

**KONSULTACJE****OGNISKA ZAPALNE:**

Konsultacja stomatologiczna	
Konsultacja gastrologiczna*	
Konsultacja laryngologiczna	
Konsultacja ginekologiczna	
Konsultacja neurologiczna	
Konsultacja urologiczna	

W przypadku przebytych chorób np. hematologicznych, nowotworowych konieczna jest specjalistyczna konsultacja dotycząca wskazań/przeciwwskazań do przeszczepu serca.

.....  
 .....  
 .....

\* U chorych powyżej 50 r.ż. - kolonoskopia

**AKTUALNE BADANIA LABORATORYJNE**

Data badania, wynik w załączeniu.

	TAK	NIE
1. Morfologia z rozmazem, OB., retikulocyty		
2. Grupa krwi lub kopia dokumentu ze Stacji Krwiodawstwa		

3. Koagulogram		
4. Aminotransferazy		
5. CRP		
6. Bilirubina		
7. Kwas moczowy		
8. Lipidogram		
9. Cukier		
10. LDH		
11. Fosfotaza zasadowa		
12. Kreatynina		
GFR wg Cocrofta		
Jonogram		
Białko całkowite + albuminy		
Mocz badanie ogólne /posiew/		

### IMMUNOLOGIA I BAKTERIOLOGIA

	NIE	TAK
Przeciwciała anty HBV poziom		
Przeciwciała anty HCV		
Przeciwciała anty HIV		
Antygen HBs		
Szczepienie przeciwko WZW typu B		Ile razy:
Antygen CMV	IgG:	IgM:
Obecność gronkowca MRSA (nos, gardło)		
PRA %      data		

Czy przyczyną ostatniego zaostrzenia niewydolności serca był stan zapalny np. układu oddechowego (data .....)?

Komentarz:

.....  
.....  
.....

Wyrażam zgodę na kwalifikację do transplantacji serca oraz dalsze postępowanie z niej wynikające (wizyty kontrolne w Poradni, pobrania krwi).

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ podpis pacjenta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ podpis lekarza \_\_\_\_\_

**UWAGA:**

**Pacjenci nie szczepieni: w przypadki ujemnego HBs, proszę o podanie pacjentowi 2 dawek szczepionki p/w WZW B (np.: ENGERIX).**

**Proszę o dołączenie skierowania do szpitala, z czytelną nazwą i pieczętką zawierającą numer umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia!!!**

**Data**

**Podpis i pieczętka lekarza**