



# Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

**Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych**  
**ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk**  
**tel.: +58 349 25 05, fax: +58 346 11 86**  
**Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień**

## **\*Pacjent do potencjalnej kwalifikacji do transplantacji wątroby**

Data

Nazwisko i imię

Wiek/PESEL

Grupa krwi

Szpital kierujący/Lekarz/Tel. kontaktowy

Podstawowa choroba wątroby

Choroby towarzyszące

HCC (tak / nie)

Zakrzepica w układzie wrotnym – (tak / nie / nie oceniono)  
(badanie Dopplera, angio- KT)

<b>parametr</b>	<b>wynik</b>
Hb / MCV / PLT	
Bilirubina całkowita	
Kreatynina	
INR	
Albumina	
AST/ALT/GGTP / ALP	

Wodobrzusze	brak / umiarkowane / zaawansowane
Encefalopatia	tak / nie
Krwotok z żyłaków przełyku lub dna żołądka	tak / nie / w wywiadzie (kiedy?)

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku stwierdzenia przeciwwskazań do zabiegu przeszczepienia wątroby pacjent zostanie przekazany do ośrodka kierującego.

.....

Podpis lekarza kierującego

\*okres oczekiwania na przyjęcie do kwalifikacji u pacjentów w trybie elektywnym wynosi 6-12 m-cy.

UWAGA: Proszę nie zgłaszać do kwalifikacji chorych z czynnym alkoholizmem. W przypadku poalkoholowego uszkodzenia wątroby, wymagane jest zaświadczenie o 6-cio miesięcznym okresie abstynencji z poradni leczenia uzależnień.