|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení pacienta: |  |
| rodné číslo: |  |
| zdravotní pojišťovna: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Karnofsky skore (%):**  | **ECOG:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Odběry a vyšetření***  | *V den příjmu* | *Provedeno*  | ***výsledek*** |
| **ČBKOm** |  |  |  |
| **KS+Rh faktor** |  |  |  |
| **Imunohematologické vyšetření (Oddělení imunohematologie ÚHKT)** |  |  |  |
| **HLA protilátky proti dárci** u pacientů s HLA neshodným dárcem (nepříbuzným, či haploidentickým) **(Laboratoř HLA serologie)*****V případě NESHODNÝCH DÁRCŮ NUTNÉ ODESLAT I V DOBĚ VÝBĚRU DÁRCE, NAVÍC PAK PŘED PŘÍJMEM*** |  |  | PO INDIKACI a 14 dní před příjmem |
| **Koagulace základní + DDim + trombofílie**  |  |  |  |
| **Biochemie** (Na, K, Cl, urea, kreatinin, kys. močová, celková bílkovina, albumin, prealbumin, cholinesteráza, LD, cholesterol, triglyceridy, amyláza, lipáza, bilirubin, ALT, AST, ALP, GMT, CHE, CRP, glykémie, transferin, ferritin, B12, folát) |  |  |  |
| **Serologie:** anti-HAV, anti-HCV, anti HIV 1,2, anti TMPA, HbsAg, anti-Hbc, anti-HBs)  |  |  |  |
| **Serologie:** anti-CMV, EBV, HSV, VZV  |  |  |  |
| **Serologie:** anti-toxoplasma, borrelia burgdorferi  |  |  |  |
| **Clearence kreatininu u pacientů s abnormální hodnotou s-kreat** (u ostatních bude provedeno při příjmu) |  |  |  |
| **Marker reziduální nemoci** (je-li sledován) |  |  |  |
| **Posouzení stavu onemocnění dle dg.** (např. vyšetření kostní dřeně, mozkomíšního moku) |  |  | Ne starší než 1 měsíc |
| **Biobanking – periferní krev a kostní dřeň dle požadavků pracovní skupiny pro danou DG** |  |  |  |
| ***Screening komorbidit*** |  |  |  |
| **EKG**  |  |  |  |
| RTG S+P (po domluvě s transplantačním centrem lze nahradit CT, resp. PET-CT) |  |  | 14 dní před příjmem |
| SONO břicha (po domluvě s transplantačním centrem lze nahradit CT, resp. PET-CT) |  |  |
| **ECHO** |  |  |
| **Gynekologie** (u žen) |  |  |
| **Spirometrie + DLCO**  |  |  |
| **ORL + RTG VDN** |  |  |
| **Zubní vyšetření (**včetně panoramatického RTG snímku) |  |  | 2 měsíce |

Kontrolu provedl/a:

Veškerá požadovaná předtransplantační vyšetření byla provedena, případné výjimky zaznamenány, výsledky byly mnou zkontrolovány, nejsou přítomny kontraindikace transplantace krvetvorby.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum a podpis ošetřujícího lékaře