## Údaje o pacientovi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno: |  | Dg: |  |
| Rodné číslo: |  | **Kód Dg** |  |
| Adresa: |  | **Datum Dg.*****dd.mm.rrrr*** |  |
| Telefon: |  | **Hmotnost:** |  |
| **Výška:** |  |
| Pojišťovna: |  | **Krevní skup.** |  |
| Jazyk komunikace:*Jiný než čeština*  |  | **Typ a datum předchozí transplantace:** |  |
| Indikující lékař: |  | **Pracoviště:** |  |
| Datum podání indikace: |  |

## **Hematologické onemocnění, epikríza**

#### Uveďte přesný popis diagnózy včetně relevantních molekulárních/genetických rizikových faktorů, přehledu dosavadní terapie, aktuálního stavu onemocnění, účasti v klinických hodnocení:

#### Uveďte, jaký je očekávaný význam provedení transplantace u tohoto pacienta:

#### Léčebné alternativy:

#### Optimální termín transplantace:

#### Molekulární cíl pro sledování MRN:

#### Je/bude zajištěno dodání vzorku z doby diagnózy pro sledování MRN:

## **Potenciální dárci**

## *Uvedený přehled je pro Transplantační centrum ÚHKT informativní a je nezbytné, aby indikující pracoviště zajistilo předání kontaktu na dárcovskou ambulanci ÚHKT, kam se rodinní příslušníci jako potenciální dárci objednají sami.*

## ***Kontakt na dárcovskou ambulanci ÚHKT: 608 747 624***

***ÚHKT není oprávněno potenciální dárce kontaktovat přímo!***

#### Sourozenci:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno | Věk | Kontakt | Známé komorbidity |
|  |  | ------- |  |

#### Děti starší 18 let:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno | Věk | Kontakt | Známé komorbidity |
|  |  | ----- |  |

#### Rodiče:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno | Věk | Kontakt | Známé komorbidity |
|  |  | ---------- |  |
|  |  | ---------- |  |

## **Komorbidity**

#### Vyplňte index komorbidit

| Index komorbidit HCT-CI |  |
| --- | --- |
| Skupina | Možnosti | Body | Neznámo |
| Arytmie | Fibrilace síníFlutter síníSick sinus syndromKomorové arytmie | 1 [ ]  |[ ]
| Kardiovaskulární onemocnění | Chronická ICHS aMěstnavé srdeční selhání aInfarkt myokardu aEF < 50 % b | 1 [ ]  | [ ]  |
| Střevní záněty | Crohnova choroba aUlcerosní kolitida a | 1 [ ]  | [ ]  |
| Diabetes | Léčba inzulinem nebo PAD b | 1 [ ]  | [ ]  |
| Cerebrovaskulární | Transitorní ischemická ataka aCévní mozková příhoda a | 1 [ ]  | [ ]  |
| Deprese/anxieta | Psych. konzultace nebo specifická léčba b | 1 [ ]  | [ ]  |
| Jaterní onemocnění – mírné | Chronická hepatitida bBilirubin 18-26 µmol/l bALT 0,78-1,95 µkat/l bAST 0,72-1,8 µkat/l b | 1 [ ]  | [ ]  |
| Obezita | BMI > 35 b | 1 [ ]  | [ ]  |
| Infekce | Vyžadující léčbu při zahájení conditioningu | 1 [ ]  | [ ]  |
| Revmatologické/autoimunita | Vyžadující léčbu a | 2 [ ]  | [ ]  |
| Vředová choroba gastroduod. | Potvrzená a léčená b | 2 [ ]  | [ ]  |
| Renální | Kreatinin > 177 µmol/l b | 2 [ ]  | [ ]  |
| Plicní – středně závažné | DLco kor. 66-80 % predik. bFEV1 66-80 % predik. b Námahová dušnost b  | 2 [ ]  | [ ]  |
| Plicní –závažné | DLco kor. ≤ 65 % predik. bFEV1 ≤65 % predik. b Klidová dušnost b Oxygenoterapie b  | 3 [ ]  | [ ]  |
| Chlopenní vada | Kromě asymptomatického prolapsu mitrální chlopně b  | 3 [ ]  | [ ]  |
| Předchozí nádorové onemocnění | Léčený chirurgicky, chemoterapií nebo radioterapií; kromě nemelanomových kožních nádorů | 3 [ ]  | [ ]  |
| Jaterní onemocnění středně těžké nebo těžké | Jaterní cirhózaBilirubin > 26 µmol/l bALT >1,95 µkat/l bAST >1,8 µkat/l b | 3 [ ]  | [ ]  |
| Celkem:V případě, že některé položky nejsou známy, vyplňte součet známých bodů a přidejte symbol „+“ |  |  |
|  |  |
| Karnofsky skóre (%):  |  |

a kdykoli v anamnéze

b v předtransplantačním vyšetření

#### Uveďte anamnézu a seznam vedlejších diagnóz/komorbidit pacienta, jejich současnou léčbu a plán managementu ve vztahu k plánované transplantaci:

## **Fertilita**

#### Pokud je pacient ve fertilním věku, uveďte, zda a jak je zajištěno zachování fertility:

## **Psychosociální faktory**

## Závislosti:

* Kouření:
* Alkohol:
* Drogy:

#### Psychologické problémy, které by mohly limitovat možnosti terapie:

#### Sociální problémy, které by mohly limitovat možnosti terapie:

## **Přílohy**

* Kopie výsledku, ze kterého byla dg. určena
* Epikríza / zpráva

## **Závěr indikačního semináře**

#### Datum indikačního semináře:

#### Pacient je indikován k alogenní transplantaci krvetvorby:

jen HLA typizace / předběžně / definitivně / není indikován

#### Optimální termín transplantace:

#### K definitivnímu potvrzení indikace je třeba dodat následující údaje/vyšetření:

#### Stav onemocnění, při kterém bude transplantace provedena:

#### Kdy bude indikace přehodnocena:

#### Pořadí priority a akceptovatelnost dárců:

1. HLA shodný příbuzní
2. HLA 8/8 nepříbuzný
3. Haploidentický příbuzný
4. HLA 7/8 nepříbuzný

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

Podpis lékaře TP