



Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii i Transplantologii SUM  
Śląskie Centrum Chorób Serca, 41-800 Zabrze ul. M. Skłodowskiej - Curie 9, [www.sccs.pl](http://www.sccs.pl)  
Biuro Koordynacji Transplantacji - tel./fax (032) 37 33 722, tel. (032) 37 33 694

Zespół kwalifikujący do transplantacji serca u dzieci:

Dr n. med. Szymon Pawlak - kierownik zespołu, Dr n. med. Joanna Śliwka - z-ca kierownika zespołu

Dr n. med. Arkadiusz Wierzyk - kardiolog dziecięcy

## ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY SERCA PONIŻEJ 18 R.Ż (nr rejestru \_\_\_\_\_)

Data zgłoszenia: ..... / ..... / ..... (wypełnia Biuro Koordynacji)

Grupa krwi

Rh (słownie)

Dołączyć odpis grupy krwi

### 1. Dane administracyjne biorecy

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

województwo

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Opiekun prawny I  
(imię i nazwisko)

Telefon kontaktowy

Opiekun prawny II  
(imię i nazwisko)

Telefon kontaktowy

### 2. Dane antropometryczne biorecy

Masa ciała [kg]

Wzrost [cm]

Obwód klatki

BMI

BSA [m<sup>2</sup>]

piersiowej [cm]

### 3. Dane adresowe szpitala zgłaszającego biorecę

Nazwa Szpitala

Nazwa Oddziału

województwo

Miejscowość

ulica

Numer

Telefon

Fax

### 4. Dane lekarza zgłaszającego

Imię

Nazwisko

Telefon

email

## 5. Rozpoznanie kliniczne

- |                                 |     |     |
|---------------------------------|-----|-----|
| a) kardiomiopatia niedokrwienna | NIE | TAK |
| b) kardiomiopatia rozstrzeniowa | NIE | TAK |
| c) kardiomiopatia przerostowa   | NIE | TAK |
| d) wada wrodzona serca          | NIE | TAK |

(w przypadku wady serca opis wady proszę umieścić w pkt. 13 e)

- e) inne .....

1.
2.
3.

- |                        |     |     |
|------------------------|-----|-----|
| f) nadciśnienie płucne | NIE | TAK |
|------------------------|-----|-----|

## 6. Wskazania do transplantacji

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| a) niewydolność krążenia                      | NIE | TAK |
| b) nawracające migotanie komór                | NIE | TAK |
| c) nawracający częstoskurcz komorowy          | NIE | TAK |
| d) inne wskazania (proszę wpisać jakie) ..... |     |     |

## 7. Wydolność krążenia (zaznacz jedną pozycję)

Poziom INTERMACS	Klasa wg NYHA	Opis	Proszę wybrać
I. Wstrząs kardiogeny	IV	Niestabilność hemodynamiczna mimo zwiększanych dawek katecholamin i/lub mechanicznego wspomaganie krążenia z ciężką hipoperfuzją kluczowych narządów (ciężki wstrząs kardiogeny)	<input type="checkbox"/>
II. Postępująca dekompensacja mimo stosowania leków inotropowych	IV	Dożylne wsparcie inotropowe z akceptowalnym ciśnieniem tętniczym, ale szybkim pogarszaniem funkcji nerek, stanu odżywienia lub nasileniem objawów zastoju	<input type="checkbox"/>
III. Stabilny, ale zależny od leków inotropowych	IV	Stabilność hemodynamiczna przy niskich lub pośrednich dawkach leków inotropowych, ale koniecznych z powodu hipotonii, nasilenia objawów lub postępującej niewydolności nerek	<input type="checkbox"/>
IV. Objawy spoczynkowe	Ambulatoryjna IV	Możliwe czasowe odstawienie leków inotropowych, ale objawy często nawracające typowo z cechami zastoju	<input type="checkbox"/>
V. Nietolerancja wysiłku	Ambulatoryjna IV	Pełnie zaniechanie aktywności fizycznej, pacjent stabilny w spoczynku, ale częsta umiarkowana retencja płynów i pewien poziom dysfunkcji nerek	<input type="checkbox"/>
VI. Ograniczona tolerancja wysiłku	III	Ograniczona aktywność fizyczna, brak cech zastoju w spoczynku: męczliwość przy niewielkiej aktywności	<input type="checkbox"/>
VII. Zaawansowana niewydolność serca	III	Pacjent w III klasie wg NYHA bez obecnej i niedawno stwierdzonej retencji płynów	<input type="checkbox"/>

## 8. Czynniki ryzyka

a) przebyte operacje:

1.		Data			/			/				
2.		Data			/			/				
3.		Data			/			/				
4.		Data			/			/				

b) niewydolność płuc	NIE	TAK
c) niewydolność nerek	NIE	TAK
d) niewydolność wątroby	NIE	TAK
e) cukrzyca	NIE	TAK
f) palenie tytoniu	NIE	TAK
g) czy pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich	NIE	TAK
h) czy pacjent systematycznie przyjmuje leki	NIE	TAK
i) czy pacjent wymaga stosowania dożylnych wlewów katecholamin w chwili zgłoszenia	NIE	TAK
j) czy pacjent wymagał stosowania dożylnych wlewów katecholamin w ciągu ostatnich 3 miesięcy	NIE	TAK
k) zakrzepica obwodowa	NIE	TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć wynik badań obrazowych układu żylnego/tętniczego do ankiety.

## 10. Obecnie stosowanie leki

	Lek	Dawka
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Polopiryna	NIE	TAK
Syncumar/Sintron/Warfin	NIE	TAK

## 11. Wywiad

a) układ oddechowy: .....

.....

b) układ trawienny: .....

.....

Stosowane diety i specjalne potrzeby żywieniowe.....

.....

.....

c) układ moczowo-płciowy: .....

.....

d) układ nerwowy: .....

.....

e) układ kostno-stawowy: .....

.....

## 12. Pomiary hemodynamiczne

Data badania .....	Wyjściowo	po podaniu NPS/NTG/NO/milrinon <sup>(*)</sup> dawka leku podana .....
PAm (mmHg) - min/max/śr		
PCWP (mmHg) - min/max/śr		
TPG [PAm-PCWP] (mmHg)		
CO (l/min)		
CI (l/min/m <sup>2</sup> )		
PVR [TPG/CO] (j. Wooda)		
BP pomiar krwawy (mmHg)		
CVP (mmHg)		
HR		

\* próbę odwracalności przeprowadzać u pacjentów z TPG  $\geq 12$  mmHg i/lub PVR  $\geq 2,5$  j. Wooda

## Inne informacje z badania inwazyjnego

.....

.....

.....

.....

**13. Badanie UKG** data badania: ..... /..... /..... (proszę załączyć wynik)

**a) Lewa komora**

Wymiar końcoworozkurczowy (LVEDD) [cm]	
Wymiar końcowoskurczowy (LVESD) [cm]	
Frakcja wyrzutowa EF [%]	
Objętość końcoworozkurczowa (EDV) [ml]	
Objętość końcowoskurczowa (ESV) [ml]	
Wymiar lewego przedsionka [cm]	
Pole powierzchni lewego przedsionka [cm <sup>2</sup> ]	

**b) Prawa komora**

Wymiar końcoworozkurczowy (RVEDD) [cm]	
Wymiar końcowoskurczowy (RVESD) [cm]	
Wymiar prawego przedsionka [cm]	
Szerokość tętnicy płucnej [cm]	

**c) Pomiary hemodynamiczne**

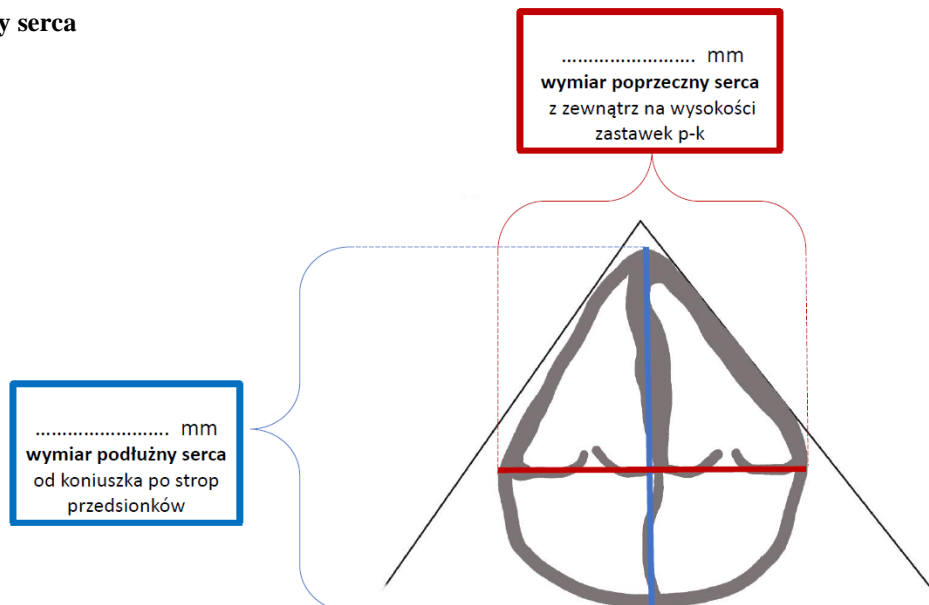
RVSP [mmHg]	
TAPSE [cm]	

**d) Ocena zastawek serca**

Mitralna	
Trójdzielna	
Aortalna	
Płucna	

**e) Wada wrodzona (opis wady w przypadku pacjenta z wadą serca)**


**f) Wymiary serca**



#### 14. Badania serologiczne

HBs Ag	nieobecny	obecny
anty-HCV	nieobecne	obecne
anty-HIV	nieobecne	obecne
VDRL	nieobecny	obecny

#### Badania wykonywane w SCCS po zakwalifikowaniu biorecy do transplantacji serca

anty-CMV	nieobecne	obecne: w klasie IgG	IgM
anty-toxoplazma	nieobecne	obecne: w klasie IgG	IgM
anty-EBV	nieobecne	obecne: w klasie IgG	IgM

#### 15. Badania laboratoryjne

Leukocyty	<input type="text"/>	Kreatynina	<input type="text"/>
Erytrocyty	<input type="text"/>	GFR	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="text"/>	Białko całkowite	<input type="text"/>
Hematokryt	<input type="text"/>	Albuminy	<input type="text"/>
Płytki	<input type="text"/>	Bilirubina całkowita	<input type="text"/>
APTT	<input type="text"/>	AST	<input type="text"/>
INR	<input type="text"/>	ALT	<input type="text"/>
NTpro-BNP	<input type="text"/>	Na <sup>+</sup>	<input type="text"/>
Mocznik	<input type="text"/>	K <sup>+</sup>	<input type="text"/>

#### 16. Maksymalne wysiłkowe zużycie tlenu

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać wartość VO<sub>2</sub> max

ml/kg/min

#### 17. PRA<sup>(1)</sup>

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę podać wartość ..... %

data badania: ..... /..... /.....

#### 18. CROSS-MATCH

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę o zabankowanie krwi <sup>(1)</sup>

data wysłania materiału..... /..... /.....

#### 19. Wynik monitorowania holterowskiego (Holter EKG/ciśnieniowy)

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety

#### 20. Choroba nowotworowa w wywiadzie

NIE TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis badania do ankiety

#### Dane lekarza zgłaszającego:

.....  
(imię i nazwisko)

Podpis i pieczęć ..... data ..... /..... /.....

<sup>1</sup> Badanie może zostać wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze.

## ZAŁĄCZNIKI DO ANKIETY

### 21. Informacja o stanie pacjenta w tym o przebytych operacjach pozakardiologicznych i innych istotnych zdarzeniach medycznych

Proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 22. Informacja o wykonanych szczepieniach i immunizacjach

Proszę załączyć kserokopię karty szczepień, książeczki zdrowia dziecka lub innego dokumentu potwierdzającego wykonanie szczepienia lub immunizacji.

### 24. Konsultacja psychologiczna

NIE

TAK

Proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 25. Konsultacja psychiatryczna

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 26. Konsultacja stomatologiczna

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis stanu pacjenta do ankiety.

### 27. Badania obrazowe w formie elektronicznej (USG/UKG/MR/TK)

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć nośnik elektroniczny do ankiety.

### 28. Diagnoza społeczna w miejscu zamieszkania

NIE

TAK

Jeśli wybrano TAK proszę załączyć opis sytuacji socjalnej pacjenta do ankiety oraz uzyskać podpis zgodę opiekunów pacjenta.

### Wymagana pisemna zgoda na przeprowadzenie diagnozy

### Zgoda opiekuna/opiekunów

- a. Wyrażam zgodę na sporządzenie przez właściwy ośrodek pomocy społecznej w miejscu zamieszkania - opinii na temat funkcjonowania rodziny w tym ustalenia sytuacji materialno-bytowej oraz możliwości ewentualnego wsparcia.

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Czytelny podpis* ..... *data* ..... /..... /.....

*Czytelny podpis* ..... *data* ..... /..... /.....

## ZGODY

### 28. Lekarz zgłaszający biorcę

Czytelny podpis i pieczęć ..... data ..... /..... /.....

### 29. Zgoda pacjenta <sup>(2)</sup>

- a. Wyrażam zgodę na kwalifikację do transplantacji serca.
- b. Wyrażam zgodę na umieszczenie na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z art. 17 pkt. 1 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005r. Nr 169, poz. 1411 z póź. zm).
- c. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i medycznych w celu kwalifikacji do transplantacji serca i wpisania na Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000).

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis ..... data ..... /..... /.....

### 30. Zgoda rodziców/opiekunów prawnych

- a. Wyrażamy zgodę na kwalifikację do transplantacji serca naszego dziecka/podopiecznego\*.....
- b. Wyrażamy zgodę na umieszczenie na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z art. 17 pkt. 1 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005r. Nr 169, poz. 1411 z póź. zm).
- c. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych i medycznych naszego dziecka/podopiecznego\* ..... w celu kwalifikacji do transplantacji serca i wpisania na Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000).

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis ..... data ..... /..... /.....

Czytelny podpis ..... data ..... /..... /.....

<sup>2</sup> Także pisemna zgoda pacjenta, który ukończył 13 rok życia.

\* niepotrzebne skreślić



## KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

W związku z przetwarzaniem danych osobowych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych działając na podstawie przepisu art.13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Śląskie Centrum Chorób Serca z siedzibą przy ul. Marii Curie - Skłodowskiej 9 w Zabrze (41-800), tel. 32/37-33-800, fax. 32/37-33-766, email: [sekretariat.ekonomiczny@scs.pl](mailto:sekretariat.ekonomiczny@scs.pl)
- 2) Inspektorem ochrony danych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze jest Pan Rafał Fabry tel. 32/ 33-37-859, fax. 32/37-33-766, email [iod@scs.pl](mailto:iod@scs.pl)
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia, zarządzania usługami opieki zdrowotnej
- 4) Odbiorcą danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do uzyskiwania dokumentacji medycznej lub danych medycznych
- 5) Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego/organizacji międzynarodowej
- 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo: do ich sprostowania, do przenoszenia danych oraz do wniesienia sprzeciwu
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy w/w ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
- 9) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i wynika z przepisów art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Czytelny podpis pacjenta** ..... data ..... /..... /.....

## WYNIK POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

31. Sprawdzono pod względem formalnym i medycznym przez koordynatora transplantacji.

Podpis ..... data ..... /..... /.....

**Kwalifikacja do zabiegu:**       aktywny                                       planowy                                       pilny  
 grupa obserwacyjna  
 dyskwalifikacja

**Uwagi dotyczące kwalifikacji:**

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

**Kwalifikacja do LVAD:**

a) TAK

Uwagi: .....

.....

b) NIE

Uwagi: .....

.....

32. Skład zespołu kwalifikującego:

..... Podpis i pieczęć..... data ..... /..... /.....  
(Kierownik zespołu Transplantolog)

..... Podpis i pieczęć..... data ..... /..... /.....  
(imię i nazwisko)

..... Podpis i pieczęć..... data ..... /..... /.....  
(imię i nazwisko)

..... Podpis i pieczęć..... data ..... /..... /.....  
(imię i nazwisko)

33. Informacja o kwalifikacji wysłana do Krajowej Listy Oczekujących Poltransplant:

Podpis ..... data ..... /..... /.....

## INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA ANKIETY

Przed wypełnieniem Ankiety potencjalnego biorcy serca proszę uważnie przeczytać instrukcję oraz wydrukować dwustronnie.

1. Proszę nie wypełniać pola - Data zgłoszenia.
2. Dołączyć odpis grupy krwi.
3. Przed wypełnieniem i przesłaniem ankiety konieczne jest dokonanie konsultacji wykluczających obecność czynnego procesu zapalnego lub nowotworowego u potencjalnego biorcy serca (stomatolog, laryngolog, urolog, ginekolog, gastroenterolog itp.).
4. U pacjenta powyżej 55 r.ż. wymaga się wykonania oznaczeń markerów nowotworowych oraz wykonanie przepływów w tętnicach szyjnych i biodrowych.
5. W przypadku braku szczepienia przeciwko WZW typu B oraz COVID zalecane jest wykonanie takiego szczepienia.
6. Przyjmowany do Śląskiego Centrum Chorób Serca pacjentka/pacjent powinien posiadać skierowanie do szpitala.

**Ankiety prosimy przysyłać na adres:**

**Biuro Koordynacji Transplantacji  
Śląskie Centrum Chorób Serca  
41-800 Zabrze, ul. M. Skłodowskiej - Curie 9  
Tel. 32/37-33-694, tel./fax. 32/3733722 w godzinach od 08.00-15.00  
lub elektronicznie na adres e-mail:  
[ohr@sccs.pl](mailto:ohr@sccs.pl), [b.krol@sccs.pl](mailto:b.krol@sccs.pl)**

### **Koordynatorzy:**

Mgr Bogumiła Król - Koordynator Transplantacji, Kierownik Biura Koordynacji Transplantacji

Krzysztof Tkocz - Koordynator Transplantacji

**UWAGA !!!  
Ankieta wypełniona nieprawidłowo lub niekompletna  
będzie zwrócona celem uzupełnienia braków.**