

\* ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ<sup>©</sup>

ΑΑ:  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ΙΑΤΡΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ:   
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ΙΑΤΡΟΣ ΧΚΜ:   
▶▶▶ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ:  Ημερομηνία: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: <input type="text"/>		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: <input type="text"/>
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <input type="text"/>		ΤΗΛΕΦΩΝΑ: <input type="text"/>
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ: <input type="text"/>	ΘΕΡΑΠΩΝ ΑΤΡΟΣ: <input type="text"/>	ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ/Rh: <input type="text"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: <input type="text"/>	ΤΗΛΕΦΩΝΑ: <input type="text"/>	ΥΨΟΣ: _____ cm ΒΑΡΟΣ: _____ Kg ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΘΩΡΑΚΑ: _____ cm ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ: _____ cm

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΝΟΣΟΣ: <input type="text"/>		Ημερομηνία: ___/___/___
ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: <input type="text"/>	ΗΚΚ: <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία: ___/___/___
	RF: <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία: ___/___/___
	X/E: <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία: ___/___/___
ΣΤΑΔΙΟ CHILD-PUGH: <input type="text"/>	MELD: <input type="text"/>	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΥ: <input type="text"/> Έτη
Άλλες νοσοί: <input type="text"/>		
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: <input type="text"/>		Έτος: <input type="text"/>

• ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΝΑΙ / ΟΧΙ	• ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ	▶ ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ	▶ EVL: ΝΑΙ / ΟΧΙ
• ΑΣΚΙΤΗΣ: ΝΑΙ / ΟΧΙ	• ΙΣΤΟΡΙΚΟ SBP: ΝΑΙ / ΟΧΙ	▶ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ: <input type="text"/>	▶ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ___/___/___
• ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΣ ΑΣΚΙΤΗΣ: ΝΑΙ / ΟΧΙ	• ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ	▶ ΣΤΑΔΙΟ: 1: <input type="text"/> 2: <input type="text"/> 3: <input type="text"/> 4: <input type="text"/>	
• ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΣΤΑΔΙΟ: 1: <input type="text"/> 2: <input type="text"/> 3: <input type="text"/> 4: <input type="text"/>	• HRS: <input type="text"/>	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ: ___/___/___	
• ΘΡΕΨΗ: ΚΑΛΗ / ΜΕΤΡΙΑ / ΚΑΚΗ	• ΨΗΛΑΦΗΤΟ ΗΠΑΡ: <input type="text"/> cm	• ΨΗΛΑΦΗΤΟΣ ΣΠΛΗΝ: <input type="text"/> cm	

## ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία
Ht/Hb						
ΛΕΥΚΑ						
Πολυμορφ. Λεμφοκυτ. Μ.Μονοκυτ.						
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ						
P.T						
aP.T.T.						
ΙΝΩΔΟΓΟΝΟ						
INR						
ΣΑΚΧΑΡΟ						
ΟΥΡΙΑ						
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ						
GFR (CKD-EPI)						
ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ						
K						
Na						
Ca / P						
Cu						
Mg						
AST						
ALT						
ΑΛΚ.ΦΩΣΦ.						
γGT						
ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ ΑΜΕΣΗ						
ΛΕΥΚΩΜΑ / ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗ ΑΜΥΛΑΣΗ						
ΧΟΛΗΣΤ/ΤΡΙΓΛ						
HDL/LDL						
LDH/CPK						
AFP						
Ca 19-9						
CEA						
Fe/ ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ						
TSH/FT3/FT4						
VDRL						

## ΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία
HBsAg			
Anti-HBs			
HBeAg			
Anti-HBe			
Anti-HBc IgG / IgM			
HBV-DNA PCR (Av HBsAg +)			
Anti-HDV(Av HBsAg +)			
Anti-HCV			
HCV-RNA PCR (Av anti-HCV +)			
Toxoplasma IgG / IgM			
Anti-CMV IgG / IgM			
Anti-HSV IgG / IgM			
Anti-EBV IgG / IgM			
Anti-HIV			
Anti-VZV IgG / IgM			
Anti-HHV8 IgG / IgM			

## ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗΣ ΝΟΣΟΥ

	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία
ANA			
ASMA			
AMA			

## ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία
ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΟΣ / ΡΙΝΟΣ (με επίχρισμα για St. Aureus)			
ΠΤΥΕΛΩΝ			
ΟΥΡΩΝ			
ΚΟΠΡΑΝΩΝ (καλλιέργεια/παρασιτολογική)			
ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ			

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ:	ΕΝΑΡΞΗ: Ημερομηνία	ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Β- ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΕΣ:			
ΣΠΙΡΟΝΟΛΑΚΤΟΝΗ:			
ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗ:			
ΥΠΑΚΤΙΚΑ:			
ΑΝΤΙΪΚΗ ΑΓΩΓΗ:			

## ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ (εφόσον απαιτείται)

	Ημερομηνία	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
HBV:		
HAV:		
Ανεμευλογία:		
Γρίπη:		
Πνευμονιόκοκκο:		
Τέτανος:		

	Ημερομηνία	Αποτέλεσμα
Mantoux		
Quantiferon (εφόσον απαιτείται)		
Θρομβοελαστογραφία		

**ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**  
**ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**

<b>ΟΙΣΟΦΑΓΟ-ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ:</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
Ονοματεπώνυμο ιατρού:	Τηλέφωνο:

<b>ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ:</b> (σε ασθενείς με PSC ή ηλικία >40 ετών ή με παράγοντα κινδύνου για ΚΠΕ)	Ημερομηνία: ____/____/____
Ονοματεπώνυμο ιατρού:	Τηλέφωνο:

<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
Ονοματεπώνυμο Γαστρεντερολόγου:	Τηλέφωνο:

## ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ:
ΑΕΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:
ΜΑΝΤΟΥΧ: (επί θετικής αντίδρασης κάλυψη με ισονιαζίδη εφόσον αποκλειστεί ενεργός φυματίωση)
ΗΠΑΤΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (αν $PaO_2 < 70$ mmHg ή $SpO_2 < 96\%$ στον ατμοσφαιρικό αέρα): (με τη μέθοδο φουσαλίδων)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:
<b>ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ;</b>
Όνοματεπώνυμο Πνευμονολόγου: Τηλέφωνο:

## ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ΗΚΓ:
ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ:
ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ: <input type="text"/> ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ: <input type="text"/>
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:
ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ (stress echo) [αν >50 ετών ή παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο]:
<b>ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ;</b>
Όνοματεπώνυμο Καρδιολόγου: Τηλέφωνο:

## ΛΟΙΠΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

**Γυναικολογική εκτίμηση** με PAP-test/μαστογραφία (για γυναίκες ανάλογα με ηλικία και παράγοντες κινδύνου):

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ουρολογική εκτίμηση** με PSA/δακτυλική εξέταση (για άνδρες ανάλογα με ηλικία και παράγοντες κινδύνου):

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ΩΡΛ εκτίμηση** για Ca στοματικής κοιλότητας/ρινοφάρυγγα (σε αλκοολική κίρρωση ή καπνιστές):

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ψυχιατρική εκτίμηση**

(σε αλκοολική κίρρωση, εξάρτηση ή υποψία ψυχιατρικής νόσου)

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Οδοντιατρική εκτίμηση**

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Δερματολογική εκτίμηση** (για αποκλεισμό δερματικής κακοήθειας):

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

<b>Α/α ΘΩΡΑΚΑ:</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>ΕΧΟ ΑΝΩ ΚΟΙΛΙΑΣ:</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>ΒΑΤΟΤΗΤΑ ΑΓΓΕΙΩΝ ΗΠΑΤΟΣ:</b> ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ:	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ:</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ:</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>CT-ΘΩΡΑΚΑ (σε ΗΚΚ):</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>CT-ΚΟΙΛΙΑΣ-ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ (τριών φάσεων):</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>MRI ΑΝΩ ΚΟΙΛΙΑΣ (σε υποψία ΗΚΚ):</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>MRCP (σε ασθενείς με PSC)</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>MR ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΣΠΛΗΝΟΠΥΛΑΙΟΥ ΑΞΟΝΑ</b> (σε υποψία θρόμβωσης πυλαίας φλέβας)	Ημερομηνία: ____/____/____

<b>ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ (σε ΗΚΚ):</b>	Ημερομηνία: ____/____/____
<b>ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ:</b>	Ημερομηνία: ____/____/____



## ΤΕΛΙΚΗ ΕΠΙΚΡΙΣΗ

**ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ;**

Όνοματεπώνυμο Αναισθησιολόγου Μεταμοσχεύσεων:

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ;**

Όνοματεπώνυμο Χειρουργού Μεταμοσχεύσεων:

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ;**

Όνοματεπώνυμο Ηπατολόγου Μεταμοσχεύσεων:

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_