|  |  |
| --- | --- |
| A beteget várólistán tartó osztály: *(város, Budapesten belül kórház megnevezéssel)* |       |
| Kezelő orvos:       | Telefon:       | Email:       |

|  |  |
| --- | --- |
| ET Várólista szám:       | Nemzeti azonosító szám:       |
| Név:       | Születési név:       |
| Születési dátum:       | TAJ szám:       |

**Aktuális alkalmasság változása, beleértve az átvihető betegségek kockázatát**

Átmenetileg alkalmatlan, vagy tartósan, Oka:

Újra transzplantálható (dátum)

**Áthelyezés**

Eredeti dialízis centrum: Befogadó dialízis centrum:

Távozás dátuma: Befogadás dátuma:

**Graftvesztés**

Utolsó transzplantáció dátuma:

Végleges graftvesztés dátuma: Oka (EDTA-kód alapján):

**Dialízis**

Dializálás kezdetének dátuma: Módja:

*(preemptív listára helyezés esetén)*

Dializálás újrakezésének dátuma: Módja:

*(Kérjük minden transzplantált betegnél feltüntetni a graftvesztést követően akkor is, ha nem kerül újra várólistára a beteg.)*

**Egyéb adatváltozás**

Névváltozás:

Lakcím:

Telefon: Mobil: Email:

**Exit**

Dátuma: Oka:

**Immunizálódást kiváltható tényezők, fokozott figyelmet igényelnek!**

Várólistára vétel időpontja: Eddigi transzfúziók száma:

Eddigi terhességek száma: Utolsó szülés dátuma:

Utolsó transzfúziós esemény: Dátuma:

Terhesség kezdete:

Szülés dátuma:

Grafteltávolítás dátuma:

Egyéb:

|  |
| --- |
| Kezelő orvos aláírása, pecsétje |

Dátum: év hó nap.

*Hosszabb idejű archiválás, illetve transzplantációt követő visszakerülés esetén a megváltozott adatok dokumentálása miatt a várólistaszám feltüntetésével új recipiens bejelentő lap kitöltése is szükséges!*