

## הערכה למועמד להשתלת כליה

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

נפרולוג מטפל \_\_\_\_\_ דיאליזה לא/כן מס' שנים \_\_\_\_\_

מחלת כליה בסיסית \_\_\_\_\_

קריאטנין \_\_\_\_\_ ת. קריאטנין \_\_\_\_\_

מס' השתלות קודמות \_\_\_\_\_ נוגדנים \_\_\_\_\_

משקל \_\_\_\_\_ גובה \_\_\_\_\_ עישון כן/לא \_\_\_\_\_ רגישות \_\_\_\_\_

מחלות נוספות \_\_\_\_\_

תוצאה	תאריך	הבדיקה
		אקו לב
		מיפוי לב
		צנתור
		צילום חזה
		א.ק.ג.
		דופלר עורקי רגליים
		PPD
		תפקודי ריאות
		HIV
		Anti HCV
		HCV PCR
		HBs Ag
		Anti HBC
		Anti HBS
		CMV
		PSA
		ממוגרפיה
		PAP
		בדיקות נוספות

**מסקנות**

---



---



---



---



---