



KWESTIONARIUSZ POTENCJALNEGO DAWCY NERKI – 1B

(wypełnia osoba deklarująca wolę oddania nerki)

Imię i nazwisko _____ M / K*

Data urodzenia _____ Pesel _____

Adres _____

Grupa krwi _____ Wzrost _____ Waga _____

Kontakt telefoniczny _____ Zawód _____

Stopień pokrewieństwa z biorcą _____

Przyjmowane leki _____

Alergie _____

Papierosy TAK / NIE*, jeśli TAK to ile na dobę _____

Czy występują jakieś problemy zdrowotne TAK / NIE*, jeśli TAK proszę wymienić _____

Czy kiedykolwiek stwierdzono nadciśnienie tętnicze? TAK / NIE*

Czy kiedykolwiek stwierdzono podwyższony poziom glukozy we krwi? TAK / NIE*

Czy kiedykolwiek stwierdzono podwyższony poziom kreatyniny we krwi? TAK / NIE*

Czy kiedykolwiek stwierdzono obecność białka w moczu? TAK / NIE*

Czy kiedykolwiek wystąpiła żółtaczka? TAK / NIE*

Czy występują następujące schorzenia:

- kamica nerkowa TAK / NIE*
- zakażenia układu moczowego TAK / NIE*
- niewydolność nerek TAK / NIE*
- choroby wątroby TAK / NIE*
- choroba wieńcowa TAK / NIE*
- zaburzenia lipidowe TAK / NIE*
- niedokrwistość TAK / NIE*
- gruźlica TAK / NIE*
- choroba nowotworowa TAK / NIE*

Czy w rodzinie występują następujące schorzenia:

- cukrzyca TAK / NIE*
- torbielowatość nerek TAK / NIE*
- nadciśnienie tętnicze TAK / NIE*

Hospitalizacje TAK / NIE*, jeśli TAK z jakiego powodu i kiedy _____

Zabiegi operacyjne _____

Szczepienie przeciwko WZWB - TAK / NIE*, jeśli TAK to kiedy _____

Kobieta:

Ciąża - TAK / NIE*, jeśli TAK to ile razy _____ kiedy _____

Czy planowana jest ciąża - TAK / NIE*

Kiedy wykonano ostatnią cytologię _____ jaki wynik – _____

Badanie USG piersi lub mammografia TAK / NIE*, jeśli TAK to kiedy i jaki wynik:

Mężczyzna:

Oznaczenie PSA - TAK / NIE*

Problemy z oddawaniem moczu – TAK / NIE

Data i podpis _____

** właściwe proszę zakreślić*

Wersja 2/2011