

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΟΤΗ ΟΡΓΑΝΩΝ



ΒΑΓΙΩΤΑΣ ΛΑΜΠΡΟΣ
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΑΠΘ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Η ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



«Η ανάπτυξη και η διάδοσή τους

δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο,

αλλά κυρίως από τη Δωρεά Οργάνων»

Η ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Σημαντικότερο εμπόδιο για τις μεταμοσχεύσεις...



Η εξασφάλιση επαρκούς αριθμού μοσχευμάτων!!

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΟΤΩΝ

➤ ΖΩΝΤΕΣ ΔΟΤΕΣ

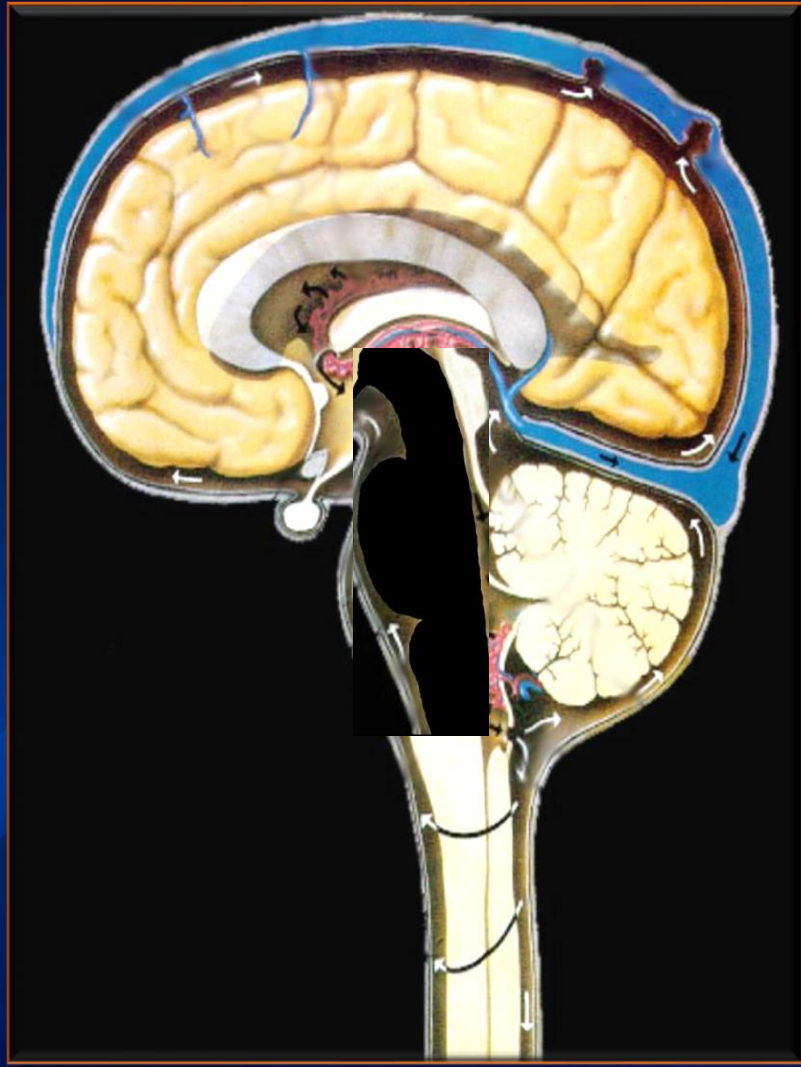
Σύμφωνα με το Ν. 3984/2011, η αφαίρεση οργάνων από Ζώντα Δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση:

- ☛ ΣΤΟ ΣΥΖΥΓΟ
- ☛ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ Ο ΔΟΤΗΣ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΣΥΜΦΩΝΟ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ > 3 ΧΡΟΝΩΝ
- ☛ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΕΤΑΡΤΟ ΒΑΘΜΟ ΕΞ ΑΙΜΑΤΟΣ
- ☛ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΒΑΘΜΟ ΕΞ ΑΓΧΙΣΤΕΙΑΣ
- ☛ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ Ο ΔΟΤΗΣ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ

➤ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΔΟΤΕΣ

- ❖ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΝΕΚΡΟΙ ΔΟΤΕΣ ΜΕ ΠΑΛΛΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑ
- ❖ ΔΟΤΕΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΛΛΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑ (NON-HEART-BEATING)

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ



ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

ΥΠΟΨΙΑ

ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

ΔΩΡΕΑ



ΧΡΟΝΟΣ



12- 24h

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Εγκεφαλικός θάνατος = ΘΑΝΑΤΟΣ

Μετά τη διάγνωση:



Υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών
σε περίπτωση δωρεάς οργάνων

ή Άρση ιατρικής υποστήριξης
σε αντίθετη περίπτωση

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΥ ΔΟΤΩΝ

- ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ 24ΩΡΟ
- ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ (ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΕ ΜΕΘ, ΜΑΦ ,ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ)
- ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ (ΠΕΡΙΜΕΝΟΝΤΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΟ / ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ

➤ ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ



ΕΟΜ

➤ ΤΟΠΙΚΟΙ



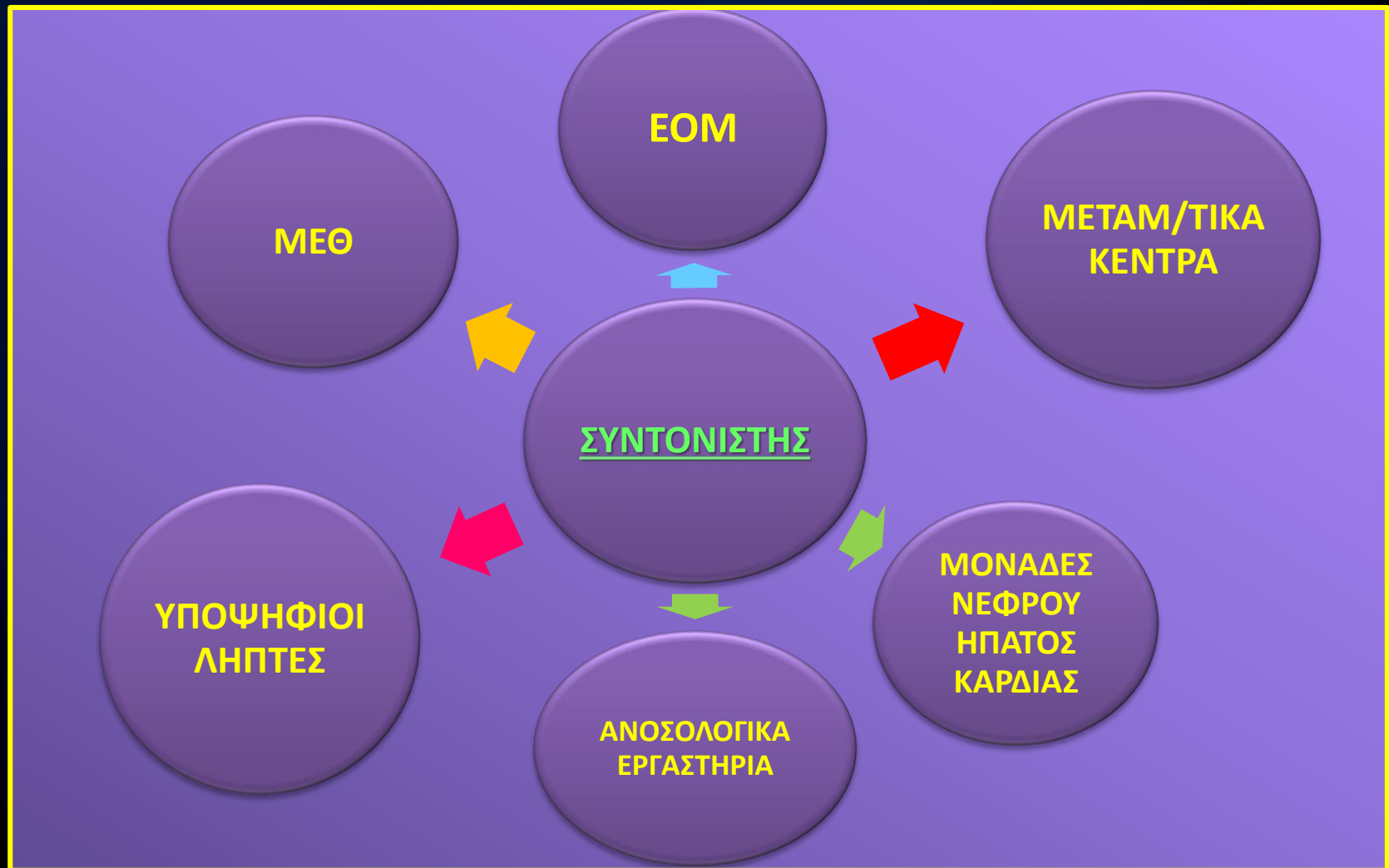
ΜΕΘ

➤ ΚΛΙΝΙΚΟΙ



ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Ο ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΩΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΣ ΚΡΙΚΟΣ



ΤΟΠΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΜΕΘ

Εντοπισμός δυνητικού Δότη



Συγκρότηση 3μελούς επιτροπής για διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου (α' test)



Ενημέρωση κεντρικού συντονιστή ΕΟΜ



Συγκρότηση 3μελούς επιτροπής για την επαναληπτική διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου (β' test)

Προσέγγιση - Συναίνεση συγγενών

Έναρξη διαδικασίας Δωρεάς

Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος του Δότη



ΤΟΠΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΜΕΘ

Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος του Δότη



Κλινική υποστήριξη του Δότη



Διάθεση εγγράφων στον ΕΟΜ

(Πιστοποιητικό εγκεφαλικού θανάτου, φύλλο Δότη, συναίνεση συγγενών)



Αποστολή δειγμάτων αίματος για τυποποίηση
αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (HLA) στο εφημερεύον εργαστήριο



Προετοιμασία υποδοχής Μεταμοσχευτικών Ομάδων και χειρουργείου
για αφαίρεση οργάνων

ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ



ΕΘΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ
ΤΗΛ: 2132027009, -7010, -7016
E-mail: helenictransplantorg@gmail.com



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Νοσοκομείο:

Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Κλινική προέλευση:

- ΜΕΘ Νευρολογική Νευροχειρουργική
 Καρδιολογική ΤΕΠ Άλλη

Όνοματεπώνυμο:

Ηλικία: Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

1. Αιτία εισόδου στο Νοσοκομείο:

- ΚΕΚ 1. Τραυματικό σπλάγχνα
2. Άλλο αίμα (Διευκρινίστε)
- ΑΕΕ 1. Αμφοτερόπλευρο
2. Ισοπλευρό
 Ανοδοτική εγκοφλοπάθεια
 Σχισμοειδής (Διευκρινίστε)
- Άλλη (Διευκρινίστε)

Β. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΔΥΝΗΤΙΚΟ ΔΟΤΗ

2. Πως ενημερωθήκατε για το περιστατικό:

1. Από τη συνεργασία με τον Συντονιστή ομάδα
2. Από προσωπική έρευνα
3. Άμεσο από τον κλινικό
4. Περιστατικό υποβληθέν στην ΜΕΘ

3. Ημερομηνία εισαγωγής στο Νοσοκομείο:

4. Ημερομηνία ενταξιομού:

5. Ημερομηνία εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ.:

(αν δεν μηδενιστεί αναφέρετε το λόγο)

6. Ημερομηνία διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου:

Ώρα:

7. Υπήρχαν ιστορικοί αντανάξεις για τη δωρεά οργάνων;

- Όχι Ναι. Διευκρινίστε/περιγράψτε τι από τα παρακάτω:
1. Νεοφιλία:
2. Μικροβιακή βολημία:
3. Ιογενής βολημία:
4. Κοιλιτοκοιλιακή θλαγγαλιμία:
5. Ενεργές χρήσεις ενδοφθάλμιων ουσιασίων:
6. Άλλα:

Γ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

8. Ήπιε πιθανού εγκεφαλικού θανάτου (κυκλώστε):

1. Μυρίαση 2. Κλίμακα Γλασκώβης =3

9. Έγινε επίσημη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου (test):

- Ναι Όχι, γιατί:
1. Ο ασθενής είχε ακόμα κλιμάκια βαρβιτουρικών / κατασταλτικών
2. Υπήρχαν οντογενετικά σφάλματα
3. Υπήρχε αδύναμη εκκένωση των σπιν
4. Επιδείκνυτο ασθενώς, αδύναμη υποστήριξη
5. Καρδιακή ανακοπή πριν ολοκληρωθούν τα τεστ
6. Άλλα (Διευκρινίστε)

10. Έγιναν επιπρόσθετες απεικονιστικές εξετάσεις Κ.Ν.Σ.:

(π.χ. αγγιογραφία, διακρανικό Doppler)

Όχι Ναι (Διευκρινίστε ποια εξέταση)

- Για ποιο λόγο έγιναν

1. Ανάθεση συγγενών
2. Ανάθεση γιατρού
3. Άνωτα κλινικά δεδομένα
4. Άλλα

Δ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

11. Έγινε συζήτηση με την οικογένεια του δυνητικού δότη για τη δωρεά:

- Ναι, με πρωτοβουλία των συγγενών
 Ναι, με πρωτοβουλία του θεράποντος/οικούτου συντονιστή
 Όχι. Γιατί: 1. Δεν υπήρχαν ή δεν βρέθηκαν συγγενείς
2. Η συζήτηση με τους συγγενείς ήταν πολύ δύσκολη ή αδύνατη

12. Ποιος διεύθυνε τη συζήτηση με τους συγγενείς;
(μπορούν να δοθούν περισσότερες από μία απαντήσεις)

- Διευθυντής ΜΕΘ Ιατρός ΜΕΘ
 Τοπικός Συντονιστής Άλλος

13. Αίτια όρθωσης συγγενών:

- Ο εκδήλων ήταν κατά της Δ.Ο.
 Η οικογένεια δεν γνώριζε τις επιθυμίες του εκδήλωντος.
 Ενδοοικογενειακή ασυμφωνία.
 Άρνηση, χωρίς συγκεκριμένη αιτιολόγηση.
 Αμφιβολίες, μη κατανόηση του εγκεφαλικού θανάτου.
 Φόβος κατακρέσσων/εξάντας του σώματος.
 Διασπρέσκια με τις συνθήκες διακομδής/ασπιρίας.
 Φόβος εμπαιρωματισμού/ημι κηλησούνη στα σπασίμα.
 Θρησκευτικοί λόγοι.
 Κοινωνικοί λόγοι(Διευκρινίστε)
- Άλλα (Διευκρινίστε)

14. Ουδέποτε άλλα θέματα να σημειώσετε

Έγινε τελικά δότης;

- ΟΧΙ
 ΝΑΙ Ημερομηνία Δωρεάς:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Το έντυπο αποστέλλεται με fax στον Ε.Ο.Μ στο 210-6454257
ή ηλεκτρονικά στο helenictransplantorg@gmail.com

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

- Η συνέντευξη είναι επιστημονική, συστηματική διαδικασία
- Διεξαγωγή συνέντευξης ως αντικείμενο εκπαίδευσης
- Η προσέγγιση της οικογένειας πραγματοποιείται στη χειρότερη δυνατή στιγμή για την ίδια και αποτελεί μια και μοναδική ευκαιρία για το Συντονιστή



ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΔΟΤΗ

Όταν διαγνωστεί Ε.Θ. η φροντίδα του ασθενούς γίνεται υποστήριξη Δότη

➤ **Συνεχής Παρακολούθηση**

➤ **Διασφάλιση Αιμοδυναμικής Σταθερότητας**

Στοχεύουμε σε: SBP > 90 mmHg, MAP ≥ 60 mmHg, CVP < 12 mmHg,

Διόρθωση υποογκαιμίας, χρήση κρυσταλοειδών

Χρήση αντιδιουρητικών για τη διατήρηση των επιπέδων CI & ΑΠ μετά από επαρκή αγγειακή πλήρωση

Norepinephrine (< 0,5 μg/Kg/min), Dopamine (< 10 μg/Kg/min),

Epinephrine (<0,1 μg/Kg/min), Dobutamine (< 10 μg/Kg/min).

➤ **Επαρκής Αναπνευστική υποστήριξη**

Στοχεύουμε σε: $paO_2 > 80$ mmHg , $paCO_2$ 35-40 mmHg ,PH 7,35-7,45

Αναπνευστική υγιεινή: αναρρόφηση εκκρίσεων και γύρισμα κάθε 2 h

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΔΟΤΗ

➤ Διούρηση > 1 mL/Kg/h

Εάν διούρηση > 4 ml/Kg/, χωρίς γλυκοζουρία λάβετε υπόψη τον άποιο διαβήτη
Επί άπιου διαβήτη: desmopresin (1-2 μg /4-6h)

Εάν διούρηση < 0,5 ml/Kg/h, χρήζει αιμοδυναμικής επανεκτίμησης

➤ Αποφυγή Υποθερμίας

θερμοκρασία > 37°C και < 38°C

➤ Έλεγχος Γλυκαιμίας και Ηλεκτρολυτικών Διαταραχών

Διατήρηση γλυκόζης αίματος 80-140 mg/dL.

Διατήρηση Na ορού > 135 και < 150 mmol /L Διατήρηση K ορού > 3 και < 5 mmol /L

➤ Αιμοσφαιρίνη & Πηκτικότητα

Διατήρηση Hb > 8 g/L

Διατήρηση INR < 2, PTL > 50.000 mm³ ή μη ενεργούς αιμορραγίας.

➤ Λοιμώξεις

Καλλιέργειες αίματος, ούρων και βρογχικών, έναρξη στοχευμένων αντιβιοτικών

➤ Αυστηρή παρακολούθηση κατά τη μεταφορά του Δότη στο Χειρουργείο

ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΕΟΜ

Έλεγχος εγκυρότητας διαδικασίας
(διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, συναίνεσης συγγενών)



Ενημέρωση μεταμοσχευτικών κέντρων & εργαστηρίων ιστοσυμβατότητας



Συντονισμός διαδικασίας αφαίρεσης Νεφρικών Μοσχευμάτων
βάσει προγράμματος εφημερίας Μεταμοσχευτικών Κέντρων



Καθορισμός ώρας χειρουργείου

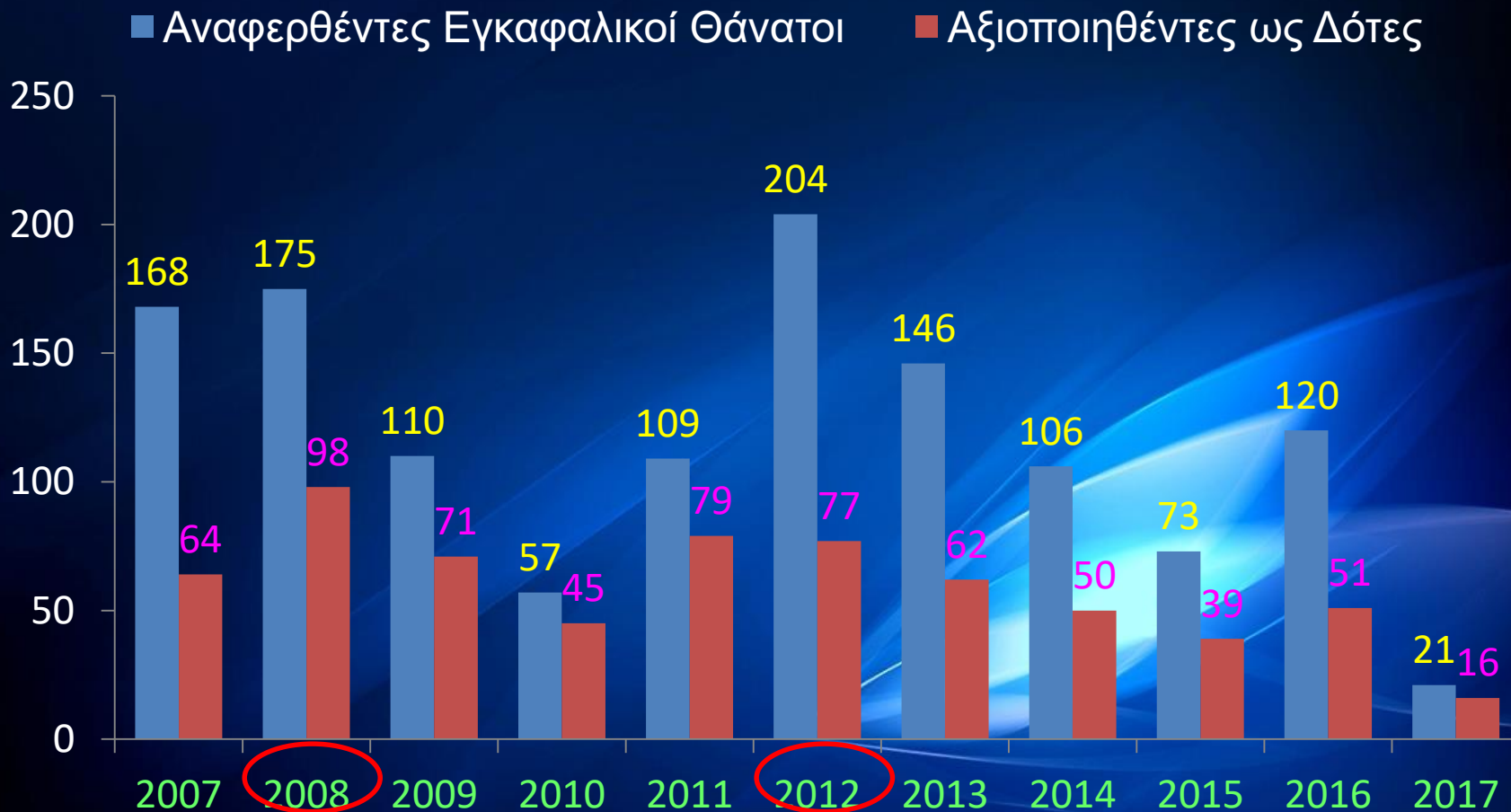


Σχέδιο έγκαιρης μεταφοράς Ομάδων αφαίρεσης προς και από το Νοσοκομείο Δότη



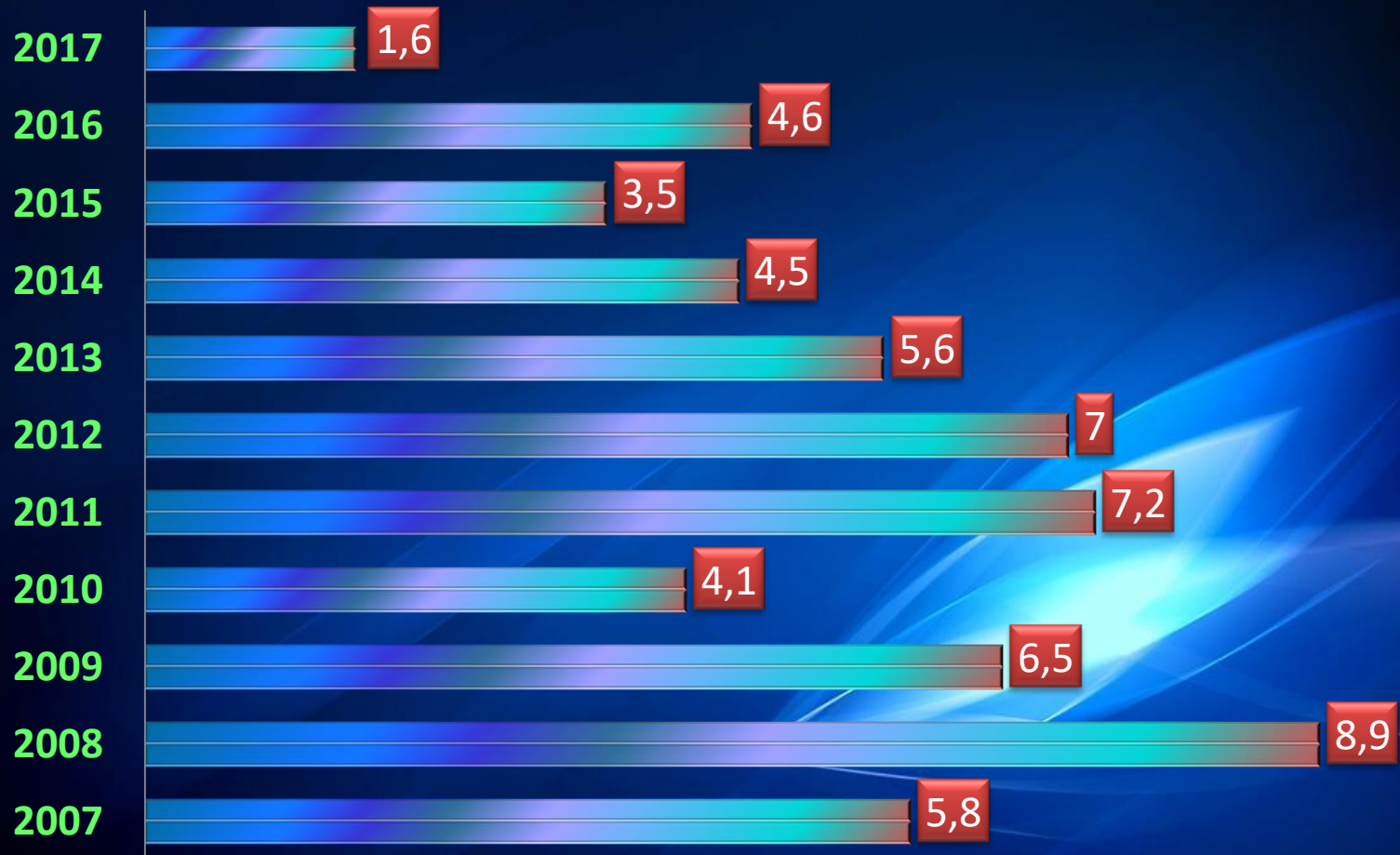
Ενημέρωση Μεταμοσχευτικών Κέντρων για τη σειρά των Υποψηφίων Ληπτών
Νεφρικού Μοσχεύματος της Εθνικής Λίστας

ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΕΣ-ΑΞΙΟΠΟΙΗΘΕΝΤΕΣ ΔΟΤΕΣ 2007-2017



Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΔΟΤΕΣ ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ



Πηγή: ΕΟΜ, 2017

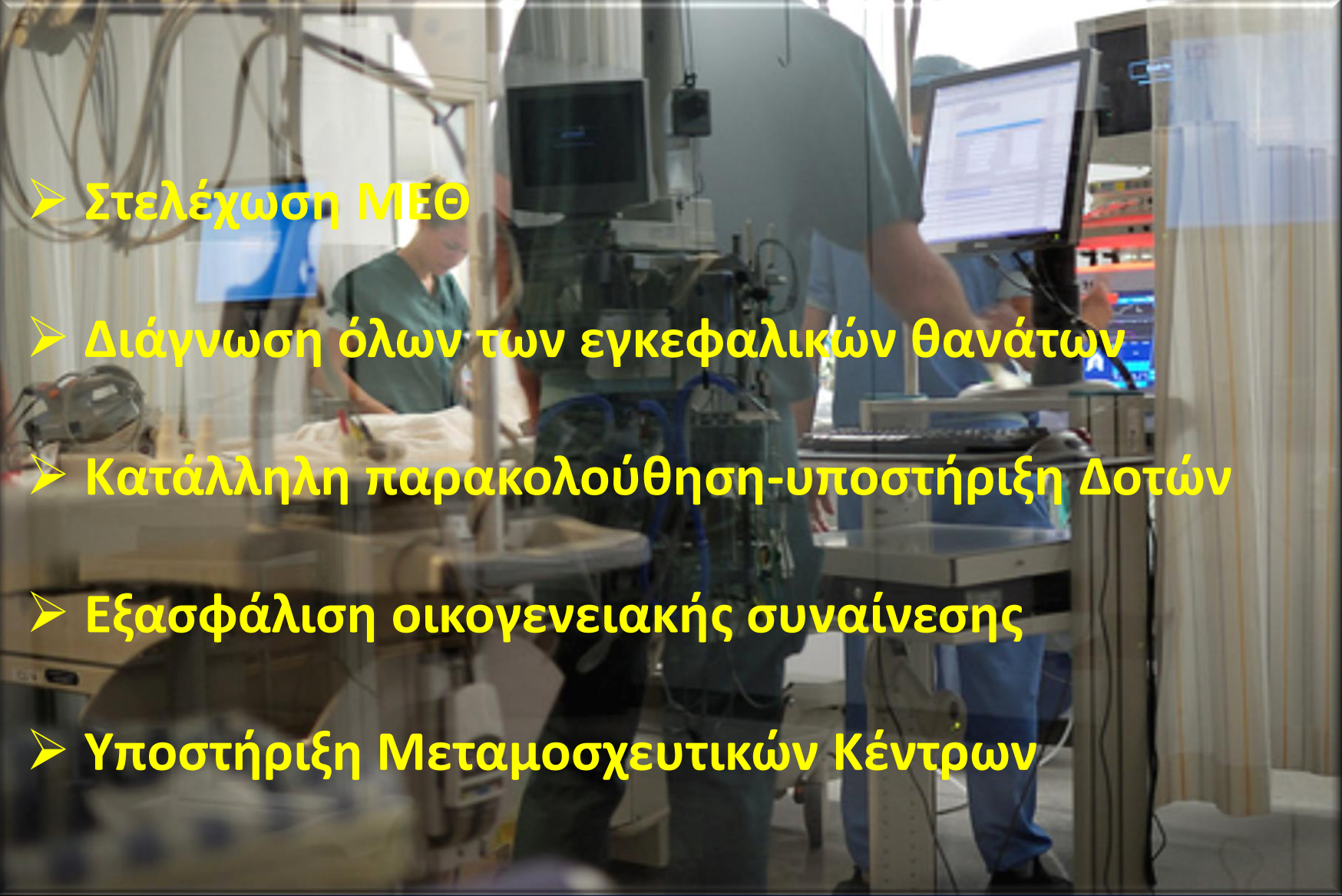
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΩΡΕΑΣ

(ΔΟΤΕΣ ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ)

Maximum	2013	2014	2015	2016
Spain	35.3	35.7	40.2	
Croatia	33.5	35.1	40.2	
Minimum				
Cyprus	5.5	4.2	3.8	
Greece	5.6	4.5	3.5	4.6
Bulgaria	2.9	5.3	6.3	

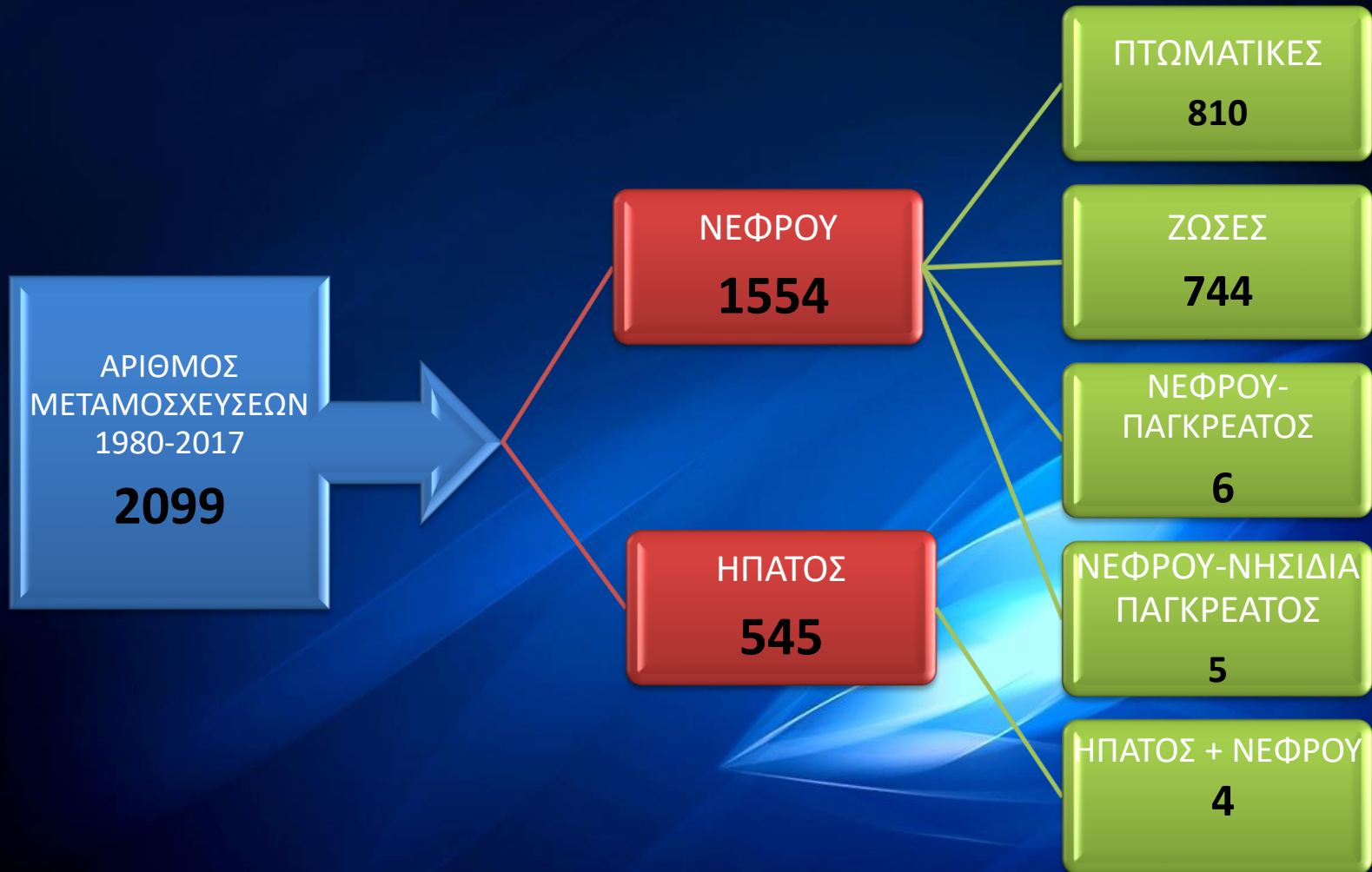
Source: Council of Europe/ONT 2016 Transplant Newsletter

ΑΞΟΝΕΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ

- 
- Στελέχωση ΜΕΘ
 - Διάγνωση όλων των εγκεφαλικών θανάτων
 - Κατάλληλη παρακολούθηση-υποστήριξη Δοτών
 - Εξασφάλιση οικογενειακής συναίνεσης
 - Υποστήριξη Μεταμοσχευτικών Κέντρων

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ


1980-2017



ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ

- Τήρηση Εθνικού Μητρώου Υποψηφίων Ληπτών Ήπατος
- Διαχείριση Λίστας σύμφωνα με τις προβλεπόμενες προϋποθέσεις εγγραφής και διαγραφής
- Εξασφάλιση διαφάνειας και ίσης μεταχείρισης των Υποψηφίων Ληπτών
- Εξασφάλιση του θεμελιώδους δικαιώματος της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα
- Επικαιροποίηση της Λίστας
- Αμφίδρομη ενημέρωση Συμβούλων Ηπατολόγων του Μεταμοσχευτικού Κέντρου για τυχόν αλλαγές κατάστασης των Υποψηφίων Ληπτών

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

- Παραλαβή του «Φύλλου Δότη»
- Άμεση ενημέρωση Διευθυντή και Ομάδας
- Αξιολόγηση του Δότη  αποδοχή ή απόρριψη, αφού κατά κανόνα και καθ' υπόδειξη του Κέντρου, ζητηθούν συμπληρωματικές εξετάσεις, αλλά και οδηγίες συντήρησης του Δότη
- Προτείνονται οι συμβατοί Υποψήφιοι Λήπτες Ήπατος και επιλέγονται οι καταλληλότεροι, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα καταγεγραμμένα δεδομένα του κοινού Συμβουλίου Επιλογής Υποψηφίων Ληπτών Ηπατικού Μοσχεύματος του Κέντρου
- Καλούνται να προσέλθουν άμεσα στο Νοσοκομείο, βάσει πρωτοκόλλου, δυο Υποψήφιοι Λήπτες Ήπατος, αφού προηγουμένως υπάρξει επικοινωνία-ενημέρωση των υπεύθυνων Ιατρών
- Ενημέρωση για ετοιμότητα όλων των εμπλεκόμενων Κλινικών και Τμημάτων του Νοσοκομείου
(Αιμοδοσία, Χειρουργεία, Αναισθησιολογικό, Ανοσολογικό, Παθολογοανατομικό, ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων, Διοικήτρια)

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

- Οργάνωση έγκυρης και ασφαλούς μετάβασης της Μεταμοσχευτικής Ομάδας Λήψης, προς και από το Νοσοκομείο του Δότη
- Διενέργεια Χειρουργείου λήψης, σε συνεννόηση με τα άλλα Μεταμοσχευτικά Κέντρα της χώρας, αλλά και του Εξωτερικού (κυρίως για αφαίρεση πνευμόνων)
- Προώθηση πληροφοριών και εικόνων των Οργάνων του Δότη από το εγχειρητικό πεδίο στο Μεταμοσχευτικό Κέντρο
- Ασφαλή συντήρηση, συσκευασία, μεταφορά και διακίνηση των μοσχευμάτων
- Με την επιστροφή στο Κέντρο, παράδοση της βιοψίας ήπατος στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
- Έναρξη ή ακύρωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας, κατόπιν αξιολογήσεως του αποτελέσματος της βιοψίας
- Άμεση ενημέρωση όλων των συνεργαζόμενων συντελεστών του Νοσοκομείου, αλλά και των Υποψηφίων Ληπτών

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΟΤΗ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Αποφυγή μεταδιδόμενων ασθενειών και καρκίνων
- Διασφάλιση λειτουργίας των οργάνων μετά την μεταμόσχευση
- Αποδοχή ή απόρριψη του δότη

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΟΤΗ

- Αιτιολογικοί παράγοντες που οδήγησαν στον εγκεφαλικό θάνατο
- Λεπτομερές ιατρικό ιστορικό (προηγούμενα νοσήματα, φάρμακα, νοσηλείες)
- Λεπτομερές κοινωνικό ιστορικό (επάγγελμα, ταξίδια, έξεις, σεξουαλικές ιδιαιτερότητες, χρήση ουσιών, τατουάζ)
- Έλεγχος για κακοήθεια, αν τον επιβάλλει το ιστορικό
- Εργαστηριακός έλεγχος της λειτουργικότητας των οργάνων προς μεταμόσχευση (αιματολογικός, βιοχημικός, απεικονιστικός CT, ECHO)
- Έλεγχος για μικροβιακό αποικισμό ή ενεργό λοίμωξη (καλλιέργειες βρογχικών, αίματος, ούρων, ΚΦΚ)
- Ηλικία → Ιδανικός Δότης: 10-50 ετών με ΚΕΚ , δίχως άλλα νοσήματα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΟΤΗ - ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Αιτία θανάτου	Αποκλείοντας ιογενή εγκεφαλίτιδα και κάποιους καρκίνους εγκεφάλου
Επικίνδυνη συμπεριφορά	<ul style="list-style-type: none">▪ Σεξουαλικές προτιμήσεις▪ Κατάχρηση ουσιών (τσιγάρο, αλκοόλ, εθισμός στα ναρκωτικά)▪ Ιστορικό ταξιδιών
Προσεκτική κλινική εξέταση του δότη	<ul style="list-style-type: none">▪ Tattoos και piercings▪ Καρκίνοι δέρματος▪ Ενδείξεις για ενδοφλέβια χρήση ουσιών▪ Περιοχή Γεννητικών Οργάνων▪ Πρωκτική εξέταση▪ Θυρεοειδής▪ Στήθος▪ Όρχεις▪ Λεμφαδένες▪ Ουλές από προηγούμενες εγχειρήσεις
Προηγούμενες ασθένειες και θεραπείες	<ul style="list-style-type: none">▪ Καρκίνος▪ Εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις▪ Διαβήτης και Υπέρταση
Συντήρηση Δότη	<ul style="list-style-type: none">▪ Υποτασικά επεισόδια▪ Καρδιακή ανακοπή▪ Αιμοδιήθηση▪ Υποθερμία▪ Υπερνατρίαμια

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΟΤΗ - ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Απόλυτες αντενδείξεις	Οποιαδήποτε κακοήθεια την τελευταία 5ετία	Εξαιρέσεις <ul style="list-style-type: none">- Ορισμένοι όγκοι εγκεφάλου, Βασεοκυτταρικός καρκίνος δέρματος, Καρκίνωμα <i>in situ</i> τραχήλου μήτρας- Ορισμένες χρόνιες κακοήθειες (μελάνωμα, αιματολογικές)
	Λοιμώξεις	<ul style="list-style-type: none">▪ HIV (ή παράγοντες κινδύνου)▪ Γενικευμένες λοιμώξεις<ul style="list-style-type: none">- Σηψαιμία με πολυοργανική ανεπάρκεια είναι απόλυτη αντένδειξη- Τοπική λοίμωξη χωρίς πολυοργανική ανεπάρκεια υπό αντιβιοτική αγωγή για 48 ώρες, δεν αποτελεί αντένδειξη▪ Ενεργή φυματίωση
Σχετικές αντενδείξεις	Συνοδοί παράγοντες: ηλικία, υπέρταση, διαβήτης, αλκοολισμός, κάπνισμα, οξεία ελεγχόμενη λοίμωξη, υποτασικά επεισόδια	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΟΤΗ - ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Διαγνωστικά εργαλεία

Εργαστηριακές και Απεικονιστικές Εξετάσεις

Απεικονιστικές
εξετάσεις

Υπέρηχος κοιλίας
CT scan

Ιολογικός Έλεγχος

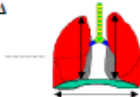
- HIV, HBV, HCV
- CMV, EBV, TOXO, HTLV, RPR

ΦΥΛΛΟ ΔΟΤΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ

III. ΦΥΛΛΟ ΔΟΤΗ ΙΣΤΩΝ & ΟΡΓΑΝΩΝ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:	
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ			
Τηλέφωνο: 213 2027016, 2312027009		Fax: 210 6454257	
Νοσοκομείο Δότη:			
Τηλέφωνο: Fax:		Πλησιέστερο Αεροδρόμιο:	
Όνομα Συντονιστή:		Απόσταση (χρόνος) από αεροδρόμιο:	

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ		ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΟΤΗ	
Νεφροί: Δεξιός: Αριστερός:	Ομάδα Αίματος ABO: Rh: ()	Ηλικία:	Ημ. Γέννησης:
Ήπαρ: ολόκληρο: split: λοβός:	Ύψος: cms	Βάρος: Kgs	
Καρδιά:	Φύλο:	Περιμετρος Θώρακα: cms	
Πνεύμονες: Αμφω: Δεξιός: Αριστερός:	Περιμετρος Κοιλίας: cms	Άλλα όργανα που θα ληφθούν:	Διαστάσεις Πνευμόνων Ακτινογραφία Θώρακος: (cms)
Λεπτό Έντερο:		Ημερομηνία Εισαγωγής:	
Πάγκρεας:		Απία Εισαγωγής:	
Άλλο:		Απία Θανάτου:	
Άλλα όργανα που θα ληφθούν:		Ημερομηνία & ώρα θανάτου:	
Ωρα Προσφοράς:	Λήψη Προγραμματισμένη στις (ώρα)		
Αναμενόμενη ώρα άφιξης στο νοσοκομείο δότη (Συγκεκριμένης Ομάδας):			



ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ			
Κάπνισμα:	Ποσότητα:	τοιγάρα ημερησίως	Έναρξη από:
Αλκοόλ:	Ποσότητα:		Έναρξη από:
Ναρκοτικά:			
Άλλο:			
Υπέρταση:	Έναρξη από:		Θεραπεία
Σακχαρώδης Διαβήτης:	Τύπος:		
Προηγούμενες Χειρουργικές Επεμβάσεις:			
Προηγούμενες Θεραπείες:			
Άλλα Παθολογικά Προβλήματα:			

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	
Εισαγωγή στη ΜΕΘ ημέρα/ώρα:	Αξονική Τομογραφία:
Διασωλήνωση ημέρα/ώρα:	
Ακτινογραφία Θώρακος:	Εκκρίσεις: Ναι / Όχι
ΗΚΓ:	
Υπερηχογράφημα Καρδίας ΚΕ%:	
Υπερηχογράφημα Κοιλίας:	

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Φάρμακα (Αντιβιοτικά, διουρητικά, αντι-διουρητικά...):			
Καλλιέργεια Αίματος:	Ημερομηνία:	Λοιμώξεις: Ναι / Όχι	
Καλλιέργεια Ούρων:	Ημερομηνία:	Θώρακας	
Καλλιέργεια Βρογχικών Εκκρίσεων:	Ημερομηνία:	Ούρα	
Άλλες:	Ημερομηνία:	Βρόγχοι	
Άλλο		Άλλο	
Αρτηριακή Πίεση:	Υπόταση: Ναι / Όχι	mmHg	Ωρα:
Καρδιακός Ρυθμός:	Υπέρταση: Ναι / Όχι	mmHg	Ωρα:
ΚΦΠ:	Θερμοκρασία: °C		
Καρδιακή Ανακοπή:	Ναι / Όχι	Ωρα:	Ανάνηψη:
		Διάρκεια:	Ωρα:
Αναπνευστική Ανακοπή:	Ναι / Όχι	Ωρα:	Ανάνηψη:
		Διάρκεια:	Ωρα:
Dopamine:	Δόση:	Μονάδα:	Έναρξη Από:
Noradrenaline:	Δόση:	Μονάδα:	Έναρξη Από:
Dobutamine:	Δόση:	Μονάδα:	Έναρξη Από:
Άλλα (Καθορίστε δόση, μονάδες, από πότε):			
Διούρηση τελευταία ώρα:	ml	Τελευταίες 24 ώρες:	ml
Μεταγγίσεις Αίματος μετά την εισαγωγή:	ml	Τελευταίες 24 ώρες:	ml
Παράγωγα Πλάσματος τελευταίες 24 ώρες:	ml		
Αιμοδιήθηση:	Ναι	Όχι	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (International Units)			
HIV ()	Αιμοπετάλια (PLT)	Τροπονίνη	Αέρια Αίματος:
HIVag (p24) ()	Χρ. Προθρομβίνης	Γλυκόζη	Ημερ/νία:
HTLV I+II ()	INR	Na	Ωρα:
HCV Ab ()	Ινωδογόνο	K	FiO ₂ (%)
HBs Ag ()	HT	Κρεατινίνη	pH
HBc Ab ()	CMV IgG () IgM ()	HB	Χοληστερόλη
HBs Ab ()	Τοχο IgG () IgM ()	SGOT	Λιπάση
	EBV ()	SGPT	Ουρία
	Syphilis ()	GGT	Πρωτ. Ούρων
	Leuká:	Ολ. Χολερυθρίνη	Ιζήμα Ούρων
	Ουδετ.	Ολ. Πρωτεΐνη	Clearance
	Λεμφ.	Αλβουμίνη	Τεστ Εγκυμοσύνης:
	Βασεοφ.	Αλκ. Φωσφατάση	HLA τυποποίηση:
	Ηωσιν.	LDH	A (), A (), B (), B (), DR (), DR ()
	Μονοκύτ.	CPK	Διευκρινίστε όργανο:
			Χρόνος Σύγκλισης (Cross-Clamp):
Περιγραφή Ανατομίας Οργάνου:			
Υγρό Έκπλυσης - Συντήρησης:			

Παρατηρήσεις: (Αν χρειάζεται, χρησιμοποιείστε επιπλέον φύλλα)

ΦΥΛΛΟ ΔΟΤΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΦΥΛΛΟΥ ΔΟΤΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

Αναφέρατε ενδεχομένως χρήσιμες πληροφορίες για τις συνθήκες του θανάτου / συμβάντος / διακομιδής / νοσηλείας σε άλλο νοσοκομείο και αντίστοιχες ημερομηνίες καθώς και αξιοσημείωτες μεταπτώσεις της πορείας της νοσηλείας :

.....

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΤΙΜΗ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΑΞΙΟΣΗΜΕΙΩΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ κατά τη νοσηλεία (εάν υπήρξε)	ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗ
	Ημερ/α:	Ημερ/α:	Ημερομηνία:
ΟΥΡΙΑ (Ur)			
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ (Cr)			
SGOT			
SGPT			
GGT			
ΟΛΙΚΗ ΧΟΛΕΡΙΘΡΙΝΗ			
ΑΛΚΑΛΙΚΗ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗ			
LDH			
CPK			
CPKmb			
ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ			Φ.Τ. εργασ.:
Ακριβής διάλυση ιντροπών	ουσία:	γ/kgf/min:	mgr ουσίας:
	σε διάλυμα:	πόσα ml/ώρα:	

Σε περίπτωση HBV ή HCV λοίμωξης : HBV/ HCV-DNA ποσοτικό (PCR) :

Παρακαλούμε όπως αποστείλετε επίσης:

ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ (λεύκωμα) σημερινή

ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΟΥΡΩΝ & ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ.

Είναι απαραίτητα τα αποτελέσματα προηγούμενων καλλιιεργειών, ενώ θα πρέπει εντός 24 ωρών προ του χειρουργείου της λήψης οργάνων, να λαμβάνονται νέα δείγματα και να ενημερώνεται ο ΕΟΜ επί των αποτελεσμάτων, όταν αυτά βγουν. Σε περίπτωση θετικών καλλιιεργειών, είναι απαραίτητη η αποστολή των σχετικών αντιβιογραμμάτων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ

Για να προχωρήσουμε στην αξιολόγηση των θωρακικών οργάνων του δότη, παρακαλούμε να μας συμπληρώσετε τις παρακάτω διαστάσεις καθ' υπόδειξη του μεταμοσχευτικού κέντρου του Ωνασείου (Μόνο για δότες που μπορούν να αξιοποιηθούν για καρδιά και πνεύμονες).

Ύψος.....cm

Βάρος.....kg

Υπερστερνικώς (σφαγή) ως την Ξιφοειδή απόφυση του στέρνου.....cm

Ακρώμιο ως το χείλος της τελευταίας πλευράς.....cm

Περιφέρεια θώρακα (υπομασχαλαία).....cm

Περιφέρεια θώρακα (στο ύψος των θηλών).....cm

Περιφέρεια κοιλίας στο ύψος του ομφαλού ή στο ύψος των τελευταίων πλευρών.....cm

Υπερστερνικώς (σφαγή) ως το ακρώμιο.....cm

PEEP = 5

FIO₂ = 100%

pH =

PO₂ =

PCO₂ =

Sat =

ΙΝΟΤΡΟΠΑ:

γ/kgf/min:

mgr φαρμακού:

σε διάλυμα:

πόσα ml ανά ώρα:

Διάγραμμα ανώτερης ημερήσιας πυρετικής κίνησης

Ημερομηνία									
Ανώτερη θερμοκρασία									

Διάγραμμα πορείας λευκοκυττάρων

Ημερομηνία							
Αριθμός λευκοκυττάρων							

Παρακαλώ αναφέρατε πιθανή χορήγηση κορτιζόνης (έναρξη, ουσία, δοσολογία, διάρκεια)

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

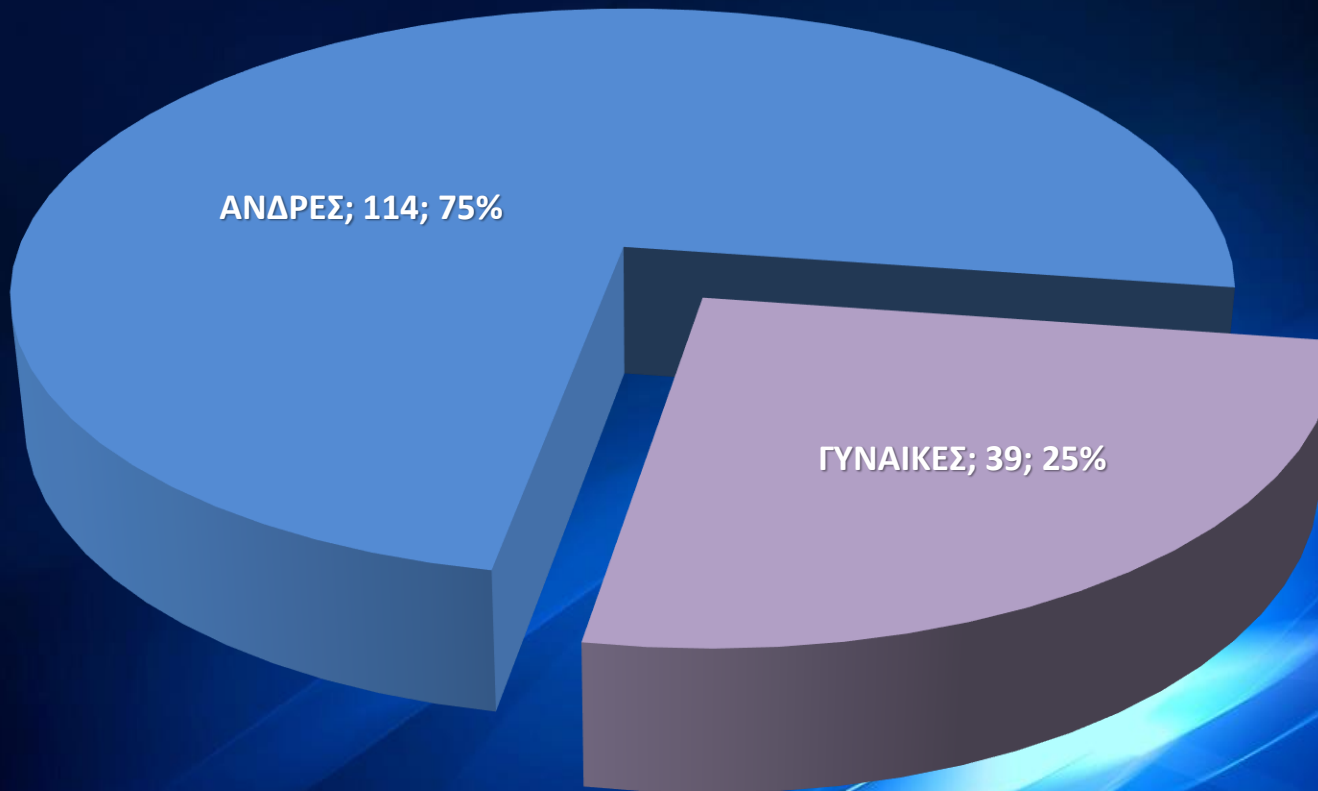
ΚΑΝΟΝΕΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

- ❖ Βασίζονται σε ιατρικούς, ηθικούς και κοινωνικούς παράγοντες
- ❖ Πρέπει να είναι δίκαιοι, διαφανείς, κατανοητοί και επίσημοι

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

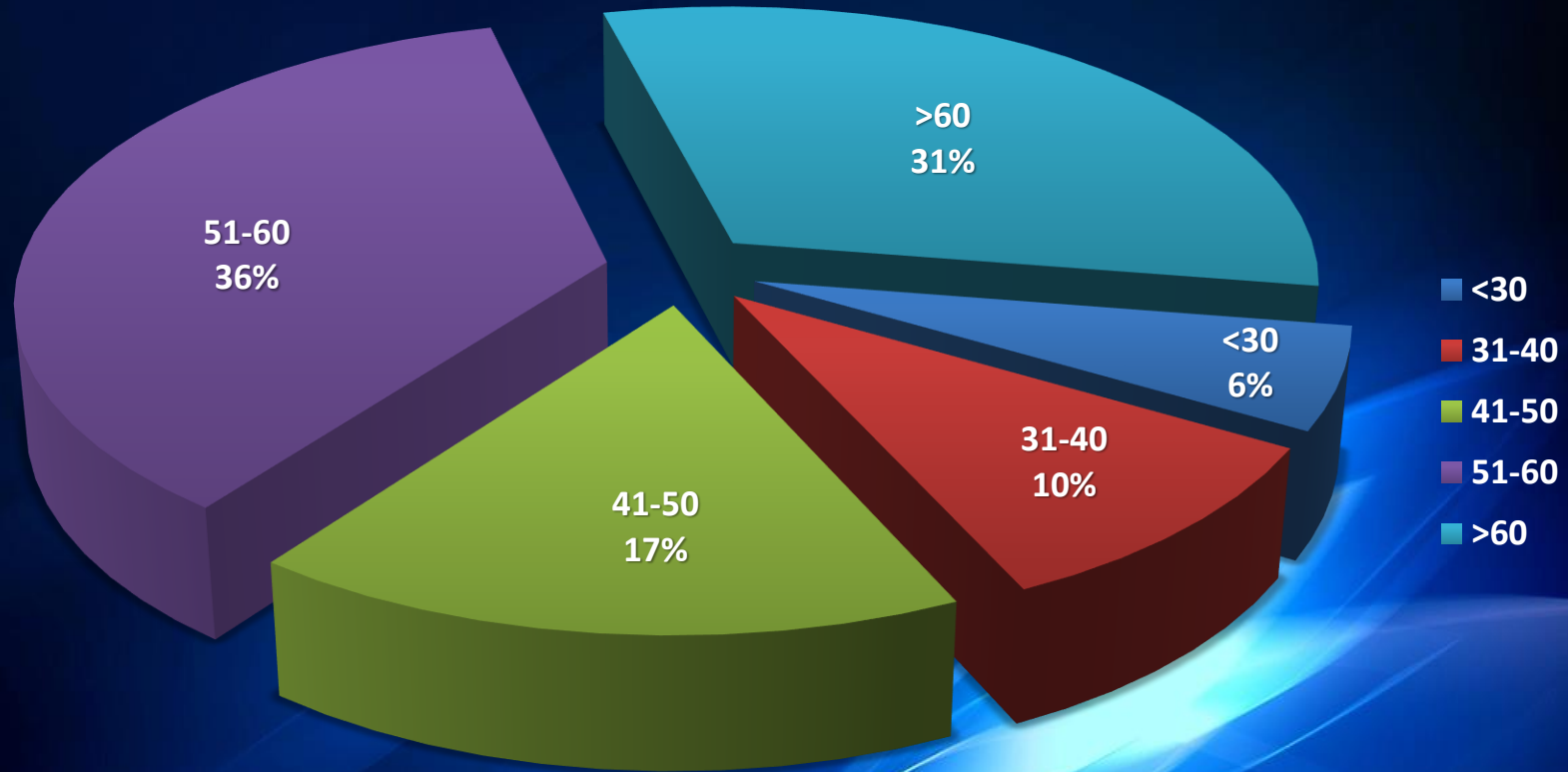
- ABO
- Σωματομετρική συμβατότητα Δότη-Λήπτη
- Τύπος ηπατικής νόσου
Οξεία ηπατική ανεπάρκεια - Επείγον
- Βαρύτητα νόσου
MELD score
- Χρόνος αναμονής
- Ηλικία λήπτη
Παιδιατρική προτεραιότητα

ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΛΗΠΤΕΣ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

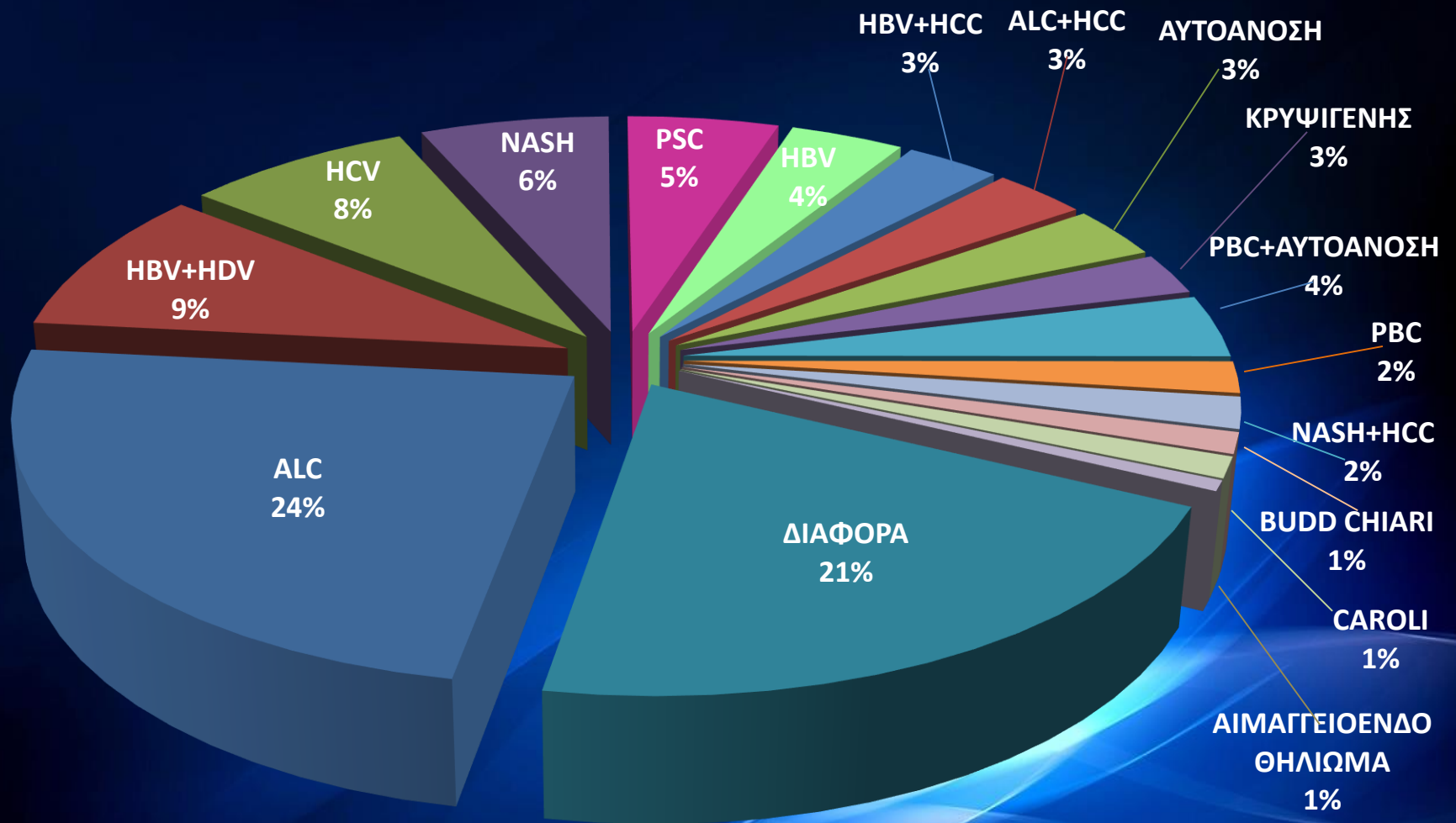


ΜΕΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΟΛΤx ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΔΟΤΕΣ
ΓΙΑ ΤΟ 2014-2015-2016 → 10,6 ΜΗΝΕΣ



ΗΛΙΚΙΕΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ



ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ



ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

 ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ Α.Π.Θ.		 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΤΑΣΗΣ <input type="text"/>	
* ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ®			
ΑΑ: <input type="text"/>	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ: <input type="text"/>	ΙΑΤΡΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ: <input type="text"/>	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: <input type="text"/>		ΙΑΤΡΟΣ ΧΚΜ: <input type="text"/>	
🦿 ΚΑΤΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΤΗΤΑ: <input type="checkbox"/>		Ημερομηνία: <input type="text"/>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: <input type="text"/>	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: <input type="text"/>	ΤΗΛΕΦΩΝΑ: <input type="text"/>	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <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: <input type="text"/> cm ΒΑΡΟΣ: <input type="text"/> Kg	ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΘΩΡΑΚΑ: <input type="text"/> cm
		ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ: <input type="text"/> cm	
+			
ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΝΟΣΟΣ: <input type="text"/>			
ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: <input type="text"/>			
Ημερομηνία: <input type="text"/>			
HCC: <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="text"/>			
RF: <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="text"/>			
Χ/Ε: <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="text"/>			
ΣΤΑΔΙΟ CHILD-PUGH: <input type="text"/>	MELD: <input type="text"/>	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΥ: <input type="text"/>	<input type="text"/>
ΆΛΛΕΣ ΝΟΣΟΙ: <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: <input type="text"/>			
• 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: <input type="text"/>			
• ΘΡΕΨΗ: ΚΑΛΗ / ΜΕΤΡΙΑ / ΚΑΚΗ • ΨΗΛΑΦΗΤΟ ΗΠΑΡ: <input type="text"/> cm • ΨΗΛΑΦΗΤΟΣ ΣΠΛΗΝ: <input type="text"/> cm			

ΑΠΟΣΚΟΠΕΙ ΣΤΟ ΝΑ ΕΚΤΙΜΗΘΟΥΝ ΜΕ ΑΚΡΙΒΕΙΑ:

- Αίτια ηπατικής βλάβης
- Συνυπάρχουσες Επιπλοκές
- Πιθανότητα υποτροπής στο μόσχευμα
- Προσδόκιμο επιβίωσης
- Δυνατότητα ανταπόκρισης στο χειρουργείο

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

- Στάδιο CHILD-PUGH
- MELD score

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΗΠΑΤΟΣ

ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ενεργός μη ελεγχόμενη λοίμωξη εκτός των χολαγγείων
Σοβαρή καρδιαγγειακή ή πνευμονική νόσος
Μεταστατικός ΗΚΚ
Πρόσφατη διάγνωση εξωηπατικού καρκίνου
Ενεργός αλκοολισμός
Εθισμός σε τοξικές ουσίες
Έλλειψη συνεργασίας του ασθενή ή και συγγενών του

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Σήψη χοληφόρων
Θρόμβωση πυλαίας φλέβας
Χολαγγειοκαρκίνωμα
Σακχαρώδης διαβήτης με συνοδό στεφανιαία νόσο
Νοσογόνος παχυσαρκία
Ενεργό ψυχιατρικό νόσημα
Ηλικία >75 ετών

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία
Hb/cr	:	:	:	:	:	:
ΛΕΥΚΑ						
Οσφαιρο- δυσφορές						
Μυαιόκυτταρ.						
ΑΙΜΟΦΥΛΛΙΑ						
P.T						
P.T.T.						
ΙΝΔΟΛΟΦΟΝΟ INR						
ΣΑΚΧΑΡΟ						
ΟΥΡΙΑ						
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ						
ΚΑΒΑΡΕΞ Cr						
ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ						
K						
Na						
Ca / P	:	:	:	:	:	:
Cu						
Mg						
AST						
ALT						
ΑΛΚ.Φ.ΩΣφ.						
γGT						
ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ ΑΜΕΣΗ	:	:	:	:	:	:
ΛΕΥΚΟΜΑΤΑ						
ΛΕΥΚΟΜΑΤΙΝΕΣ						
ΑΜΥΛΑΣΗ						
ΧΟΛΗΤ/ΤΡΙΓΛ	:	:	:	:	:	:
HDL/COL						
LDH/CPK						
AFP						
Ca 19-9						
CEA						
Fε/ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ						
ΥΒΗ/Υ3/Υ4						

ΒΑΣΕΙ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Περιοδικός Αιματολογικός και Βιοχημικός έλεγχος

Υπολογισμός MELD score

Απεικονιστικός έλεγχος

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Ημερομηνία: / /

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ:
ΧΕΡΙΑ ΧΙΜΑΤΟΣ:
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΞΗΛΥΝΤ:
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:
ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ:
Όνοματεπώνυμο Πνευμονολόγου: Τηλέφωνο:

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ημερομηνία: / /

ΗΚΓ:
ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ:
ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ: <input type="text"/> ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ: <input type="text"/>
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:
ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ:
Όνοματεπώνυμο Καρδιολόγου: Τηλέφωνο:

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Α/α ΘΩΡΑΚΑ:	Ημερομηνία: / /
ΕΧΘ ΑΝΘ ΚΟΙΛΙΑΣ:	Ημερομηνία: / /
ΒΑΤΟΤΗΤΑ ΑΓΓΕΙΩΝ ΗΠΑΤΟΣ ΠΥΛΛΙΑΣ Φ/ΕΒΑΣ:	Ημερομηνία: / /
ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ:	Ημερομηνία: / /
ΗΠΑΤΙΚΩΝ Φ/ΕΒΩΝ:	Ημερομηνία: / /
CT-ΘΩΡΑΚΑ:	Ημερομηνία: / /
CT-ΚΟΙΛΙΑΣ-ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ:	Ημερομηνία: / /
MRI ΑΝΘ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ:	Ημερομηνία: / /
MR ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΣΠΛΗΝΟΠΥΛΑΙΟΥ ΑΕΩΝΑ:	Ημερομηνία: / /
ΣΠΙΝΘΕΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΕΩΝ:	Ημερομηνία: / /
ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ:	Ημερομηνία: / /



ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ

ΕΠΙΧΡΑΤΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ Α.Π.Θ. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ ΗΠΑΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ®		ΦΩΤΟ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____	ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ/Rh: ____/____	
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ____/____/____	ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ: ΝΑΙ/ΟΧΙ	
ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΝΟΣΟΣ: _____		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: _____	Ημερομηνία εξέτασης: ____/____/____	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"><p>• ΜΥΛΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΒΛΗΤΤΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΕΥΛ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΑΣΚΙΤΗ: ΝΑΙ / ΟΧΙ</p><p>• ΙΣΤΟΡΙΚΟ SSB: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΕΠΙΣΟΔΙΑ: _____ ▶ ΗΜΕΡΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ____/____/____ • ΔΝΣΕΚΤΙΚΟΣ ΑΣΚΙΤΗΣ: ΝΑΙ / ΟΧΙ</p><p>• ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ ▶ ΣΤΑΔΙΟ: 1: ____ 2: ____ 3: ____ 4: ____ • ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΣΤΑΔΙΟ: 1: ____ 2: ____ 3: ____ 4: ____</p><p>• HRS: ____ ▶ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ: ____/____/____ • ΒΡΕΨΗ: ΚΑΛΗ / ΜΕΤΡΙΑ / ΚΑΚΗ • ΨΗΛΑΦΗΤΟΣ ΣΠΛΗΝ: _____ cm</p></div>		
MELD: <input type="text"/>		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: _____	Ημερομηνία εξέτασης: ____/____/____	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"><p>• ΜΥΛΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΒΛΗΤΤΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΕΥΛ: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΑΣΚΙΤΗ: ΝΑΙ / ΟΧΙ</p><p>• ΙΣΤΟΡΙΚΟ SSB: ΝΑΙ / ΟΧΙ • ΕΠΙΣΟΔΙΑ: _____ ▶ ΗΜΕΡΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ____/____/____ • ΔΝΣΕΚΤΙΚΟΣ ΑΣΚΙΤΗΣ: ΝΑΙ / ΟΧΙ</p><p>• ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ ▶ ΣΤΑΔΙΟ: 1: ____ 2: ____ 3: ____ 4: ____ • ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΣΤΑΔΙΟ: 1: ____ 2: ____ 3: ____ 4: ____</p><p>• HRS: ____ ▶ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ: ____/____/____ • ΒΡΕΨΗ: ΚΑΛΗ / ΜΕΤΡΙΑ / ΚΑΚΗ • ΨΗΛΑΦΗΤΟΣ ΣΠΛΗΝ: _____ cm</p></div>		
MELD: <input type="text"/>		
Όνοματεπώνυμο Ιατρού: _____	Rate the patient's viability: ☆☆☆☆☆	

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

➤ Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα

King's College criteria for liver transplantation in AHF, HPB (Oxford). 2006; 8(1): 29–34

APAP-associated AHF	All other causes of AHF
pH < 7.3	INR > 6.5
or	or
INR > 6.5, serum creatinine > 3.4 mg/dl, and grade III–IV encephalopathy	Three of the following variables:
	1. Age < 10 or > 40 years
	2. Cause is nonA, nonB hepatitis or idiosyncratic drug reaction
	3. Duration of jaundice before encephalopathy > 7 days
	4. INR > 3.5
	5. Serum bilirubin > 17.5 mg/dl

➤ Οξεία θρόμβωση ηπατικής αρτηρίας που προέκυψε μέσα σε 15 μέρες μετά τη μεταμόσχευση

➤ Πρωτοπαθής μη λειτουργία ήπατος που προέκυψε μέσα σε 10 μέρες μετά τη μεταμόσχευση

➤ Οξεία ηπατική ανεπάρκεια σε έδαφος νόσου **Wilson**

➤ Ηπατεκτομή εξαιτίας τραύματος με ολική απώλεια της λειτουργίας του οργάνου

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

- ❖ Αναφορά σε ΕΟΜ ασθενούς που χρήζει Επείγουσας Μεταμόσχευσης Ήπατος
- ❖ Αξιολόγηση ασθενούς από Μεταμοσχευτικό Κέντρο ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
- ❖ Έγκριση μετάβασης σε Κέντρο του Εξωτερικού, λόγω χαμηλής ροής μοσχευμάτων στην Ελλάδα – ενδεχόμενο μη εύρεσης μοσχεύματος κατά τον κρίσιμο χρόνο για την επιβίωση του ασθενούς
- ❖ Ένταξη στην «Εγχώρια Λίστα»
- ❖ Διαβίβαση επείγοντος αιτήματος στον Ιταλικό ΕΟΜ

Απαραίτητα συνοδευτικά έγγραφα και Προϋποθέσεις για την αξιολόγηση στην Ιταλία:

*Ιατρικό Ιστορικό και παρούσα Κλινική Κατάσταση στα Αγγλικά
Ασφάλιση και Αντίγραφο της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης
Τηλέφωνο επικοινωνίας θεράποντος ιατρού*

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διακομιδή:

*Κοινοτικό έντυπο ΕΟΠΥΥ «S2»
Βεβαίωση Αναγκαιότητας αεροδιακομιδής ΕΚΑΒ
Συνοδός Ιατρός*

MODELO ESPAÑOL



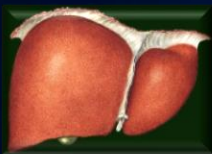
MODELO ESPAÑOL



ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΡΕΚΟΡ 2014
ΙΣΠΑΝΙΑ: 45 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΕ 24 ΩΡΕΣ



26



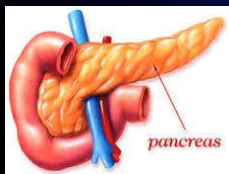
10



3



5



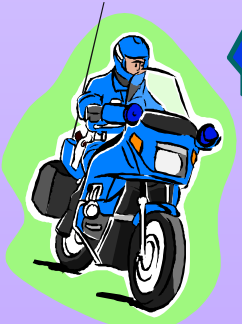
1

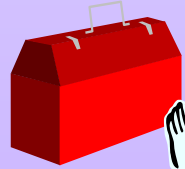


16 ΔΟΤΕΣ



22 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ







the chance to
save lives
organ and tissue donation



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ

