Додаток до листа СДУ «УЦТК»

Відповідно до вимог Положення про врегулювання діяльності трансплант-координаторів

(пункт 9 розділу ІІ)

Офіційний бланк закладу охорони здоров’я, що надає медичну допомогу методом трансплантації

**ВИСНОВОК КОНСИЛІУМУ ЛІКАРІВ**

**(**про необхідність надання медичної допомоги методом трансплантації**)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) пацієнта, рік народження)

Зі встановленим діагнозом (основний діагноз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На підставі результатів проведеного медичного обстеження, встановлено, що пацієнт потребує надання медичної допомоги методом трансплантації

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (зазначити анатомічний матеріал, якого потребує пацієнт)

Під час обстеження реципієнта протипоказань до виконання трансплантації не виявлено.

Консиліум проведено «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

Дата наступного консиліуму «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

Склад консиліуму:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (найменування посади) |  | (підпис) |  | (Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ) |
|  |  |  |  |  |
| (найменування посади) |  | (підпис) |  | (Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ) |
|  |  |  |  |  |
| (найменування посади) |  | (підпис) |  | (Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ) |