

ИЗВЕШТАЈ О УЗЕТОМ ЉУДСКОМ ОРГАНУ
БУБРЕГ

назив здравствене установе

матични број донора

адреса здравствене установе

датум:
дан месец година

здравствена установа тима за узимање органа

A: експлантација

моноорганска

Типизација:

A

мултиорганска

B

B: Подаци о даваоцу:

ДР

датум рођења:
дан месец година

пол: Ж М

висина: тежина:
cm kg

крвна група Rh

Ц: одржавање

хешарни: _____ ИУ у
сат минут

почетак хладне перфузије - аорта:
сат минут

врста перфузата: _____ волумен перфузата: _____

cross clamp време:
сат минут

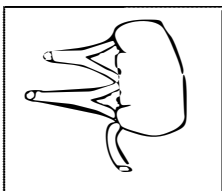
почетак хладне перфузије - v. Portae III SMV:
сат минут

Д: Анатомија:

десни бубрег

број артерија: _____ patch: ДА НЕ
број вена: _____ patch: ДА НЕ
уретер _____ дуг кратак

напомена:



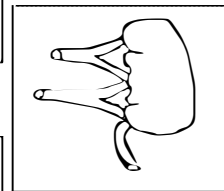
морфолошке варијације: ДА НЕ

ако да, описати:

леви бубрег

број артерија: _____ patch: ДА НЕ
број вена: _____ patch: ДА НЕ
уретер _____ дуг кратак

напомена:



морфолошке варијације: ДА НЕ

ако да, описати:

Е: Квалитет:

десни бубрег

перфузија: добра прихватљива лоша

нефректомија у: сати

квалитет десног бубрега: добар прихватљив лош

хирург:

(име и презиме)

потпис

леви бубрег

перфузија: добра прихватљива лоша

нефректомија у: сати

квалитет левог бубрега: добар прихватљив лош

хирург:

(име и презиме)

потпис