

ИЗВЕШТАЈ О УЗЕТОМ ЉУДСКОМ ОРГАНУ
ЈЕТРА/ПАНКРЕАС

назив здравствене установе	матични број даваоца
адреса здравствене установе	датум: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	дан месец година
здравствена установа тима за узимање људских органа	

А: Подаци о даваоцу:

датум рођења: пол: Ж М

дан месец година

висина: тежина: kg крвна група Rh

cm

Б: Одржавање:

хепарин: _____ ИУ у сат минут

почетак хладне перфузије - аорта: сат минут

врста перфузата: _____ волумен перфузата: _____

cross clamp време: сат минут

почетак хладне перфузије - v. portae ili SMV: сат минут

Ц: Анатомија:

ЈЕТРА	ПАНКРЕАС
нормална анатомија артериј <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	цели / сегмент
ако не, описати: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	са дуоденумом / без дуоденума
жучна кеса пуна <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	целијачна ос <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
жучна кеса пуна <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	заједничка <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
целијачна ос <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	јетрена артерија <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
заједничка <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	SMA <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
јетрена артерија: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	аортни patch <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
SMA <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	вена порте <input type="checkbox"/> дуга <input type="checkbox"/> кратка
аортни patch <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	холецистектомија <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
вена порте <input type="checkbox"/> дуга <input type="checkbox"/> кратка	илијачне артерије <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
холецистектомија <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	илијачне вене <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
илијачне артерије <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
илијачне вене <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	

Д: Квалитет:

ЈЕТРА	ПАНКРЕАС
перфузија: <input type="checkbox"/> добра <input type="checkbox"/> прихватљива <input type="checkbox"/> лоша	перфузија: <input type="checkbox"/> добра <input type="checkbox"/> прихватљива <input type="checkbox"/> лоша
хепатектомија у: <input type="text"/> <input type="text"/> часова	панкреатектомија у: <input type="text"/> <input type="text"/> часова
квалитет јетре: <input type="checkbox"/> добра <input type="checkbox"/> прихватљива <input type="checkbox"/> лоша	квалитет панкреаса: <input type="checkbox"/> добра <input type="checkbox"/> прихватљива <input type="checkbox"/> лоша
хирург: _____ (име и презиме)	хирург: _____ (име и презиме)
потпис: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	потпис: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>