|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Отчет,  предоставляемого медицинской организацией,  осуществляющей диспансерное наблюдение в медицинскую организацию, в которой выполнялась трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток** | | |
| Сроки выполнения обследования, месяцев после ТГСК +1, +2, +3, +6, +9, +12,+ 24,+ 36, другой срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подчеркнуть) | | |
| Имя реципиента: |  |  |
| Дата рождения реципиента: |  |  |
| Диагноз |  |  |
| Дата ТГСК |  |  |
| Трансплантационный центр (клиника): |  |  |
| Дата обследования |  |  |
| **Результаты обследования** | ремиссия | стабилизация от (дд.мм.гг) |
|  | прогрессия от (дд.мм.гг) | рецидив |
|  | | |
| **Выявление осложнений:** |  | |
| Рецидив основного заболевания | да (дд.мм.гг ) | нет |
| Успешное противорецидивное лечение на данный момент, если «да» указать: | да | нет |
| Трансфузия лимфоцитов доноров | да | нет |
| Острая РТПХ | да (дд.мм.гг ) | нет |
| Иммуносупрессивная терапия на данный момент, если «да», указать препараты | да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | нет |
| Хроническая РТПХ | да (дд.мм.гг ) нет | |
| Иммуносупрессивная терапия на данный момент, если «да», указать препараты | да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | нет |
| инфекционные осложнения | да (дд.мм.гг ) нет | |
| Если «да», указать локализацию |  | |
| Успешная антибактериальная терапия | да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | нет |
| Смерть | да (дд.мм.гг ) | нет |
| Если «да», указать причину |  | |
| шкала ECOG оценка: | | |
| Медицинская организация, проводящая диспансерное наблюдение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО врача: подпись: дата: | | |

|  |
| --- |
| Приложение № 3  к приказу Министерства здравоохранения  Российской Федерации от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_ |