|  |
| --- |
| **Отчет, предоставляемого медицинской организацией, осуществляющей диспансерное наблюдение в медицинскую организацию, в которой выполнялась трансплантация костного мозгаи 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 № 3к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерацииот «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_ |