

Indicación de trasplante de tejidos oculares (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante)

HOJA 1 DE 2

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara.

Lista de espera

- ☐ CÓRNEA ☐ ESCLERA ☐ GLOBO OCULAR
- * Ojo derecho: ☐ PRIMERA VEZ ☐ REINJERTO * Ojo izquierdo: ☐ PRIMERA VEZ ☐ REINJERTO
- * Tipo de injerto: ☐ PENETRANTE ☐ LAMILAR ☐ ENDIOTELIAL

Método de inscripción

- ☐ NORMAL ☐ EXCEPCIÓN

Paciente

- * Apellido:
- * Nombre:
- * Tipo de documento: ☐ DNI ☐ DNIM ☐ DNIF ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Pasaporte Número:
- * Fecha de nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) * Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
- * Nacionalidad: (Si es extranjero, especifique cuál) Residencia permanente: ☐ SI ☐ NO
- Fecha de legal ingreso: / / (dd/mm/aaaa) Para extranjeros sin residencia permanente
- * Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Vínculo de hecho

Domicilio

- * Calle: * Nro: Piso: Dpto:
- * Provincia:
- * Partido/departamento:
- * Localidad: * CP:
- * Teléfono 1: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo
- Teléfono 2: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo
- Teléfono 3: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo
- Teléfono 4: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo
- Teléfono 5: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo
- * Correo electrónico:

Destacamento policial más cercano al domicilio del paciente

- * Seccional:
- * Teléfono / fax:

Financiador para la cobertura del trasplante

- Sin cobertura: ☐ SISTEMA PÚBLICO DE SALUD
☐ FINANCIAMIENTO PRIVADO

Con cobertura:

- * Nombre del financiador: * Nro afiliado:

Centro de trasplante

- * Nombre: Nro registro:
- Médico a cargo: Nro registro:

Indicación de trasplante de tejidos oculares (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante)

HOJA 2 DE 2

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara.

Diagnóstico (consultar la tabla de diagnósticos asociada)

* Principal:

Código:

Secundario:

Código:

☐ Otro: Cuál?

Si alguno de los diagnósticos seleccionados corresponde a "otro", especificar el mismo.

Situación Clínica

- ☐ Córnea tipificada ☐ General ☐ Penetrante ☐ Laminar ☐ Endotelial
☐ Paciente pediátrico ☐ Ceguera ☐ Urgencia (Perforación o absceso)

Finalidad del trasplante

- ☐ ÓPTICA ☐ RECONSTRUCTIVA ☐ TERAPÉUTICA ☐ ESTÉTICA ☐ MÚLTIPLE
☐ Otra: Cuál?

Condición del ojo congénere

* Sin particularidades: ☐

* Con patología: ☐ Cuál?:

Agudeza visual

* OJO DERECHO:

Sin corrección

Con corrección

En décimas

* OJO IZQUIERDO:

Sin corrección

Con corrección

OJO ÚNICO:

☐ SI ☐ NO

OJO ÚNICO:

☐ SI ☐ NO

Trasplantes previos

* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	1er tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	2do tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	3er tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	4to tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada

Fecha de confección: / / (dd/mm/aaaa)

Firma y sello del jefe o subjefe del equipo de trasplante

CUCAIBA
Provincia de Buenos Aires
0800-222-0101

Buenos Aires Trasplante
Ciudad de Buenos Aires
0800-333-6627

ECODAI
Provincia de Córdoba
0351-421-5001

CUDAIO
Provincia de Santa Fe
0341-472-4647

INCAIMEN
Provincia de Mendoza
0800-222-4622

CUCAITUC
Provincia de Tucumán
0381-430-1444

CUCAIER
Provincia de Entre Ríos
0343-422-1198

CUCAI
Provincia de Salta
0387-431-9298

CUCAI
Provincia de Chaco
03722-45-3534

CUCAI
Provincia de Misiones
03752-46-7830

CUCAICOR
Provincia de Corrientes
03783-42-0696

CAISE
Provincia de Santiago del Estero
0385-450-7509

INAISA
Provincia de San Juan
0264-420-1334

CUCAI
Provincia de Jujuy
0388-422-1258

CUCAI
Provincia de Río Negro
0299-477-6600/01

CUCAI
Provincia de Formosa
03717-42-6496

CUCAI
Provincia de Neuquén
0299-449-0814

CAIPAT
Provincia de Chubut
0297-447-3950

CUCAILUIS
Provincia de San Luis
02652-43-9363

CAICA
Provincia de Catamarca
03833-43-7902

CUCAI
Provincia de La Pampa
02954-42-5857

CUCAILAR
Provincia de La Rioja
03822-45-3732

CUCAI
Provincia de Santa Cruz
02966-42-5411

CUCAI
Provincia de Tierra del Fuego
02964-42-2088

Indicación de trasplante de tejidos oculares - TABLA DE DIAGNÓSTICO ASOCIADA

Diagnóstico - Córneas

Perforación corneal (CO1)

Absceso coneal (CO2)

Leucoma cicatrizal (CO3)

Post infección córnea (CO.1)

Trauma Físico (CO3.2)

Post Cirugía Refractiva (CO3.3)

Idiopático (CO3.4)

Infección Activa (CO4)

Viral (CO4.1)

Bacteriana (CO4.2)

Hongos (CO4.3)

Infección activa (CO4)

Viral (CO4.1)

Bacteriana (CO4.2)

Hongos (CO.4.3)

(CO5)

Edema Afáquica (CO5.1)

Edema pseudofáquica (CO5.2)

Distrofia (CO6)

Endotelial (CO6.1)

Estromal (CO6.2)

Epitelial (CO6.3)

Ectasia corneal (CO7)

Queratocono (CO7.1)

Colagenolisis o úlceras tróficas (CO8)

Opacidad corneal congénita (CO9)

Rechazo inmunológico (CO10)

Falla del injerto (CO11)

Glaucoma post injerto (CO11.1)

Otra (CO12)