

Evaluación pretrasplante pancreointestinal (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.

Centro de trasplante

* Nombre: Nro registro:

* Médico a cargo: Nro registro:

Paciente

* Nombre y Apellido: Nro registro:

* Tipo de documento: ☐ DNI ☐ DNIM ☐ DNIF ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Pasaporte Número:

Serología

* Laboratorio: * Fecha: / /

* Hbs Ag: ☐ + ☐ - * HIV I: ☐ + ☐ - * Toxo: ☐ + ☐ - * Chagas (Inmunofluorescencia): ☐ + ☐ -

* Anti Hbs: ☐ + ☐ - * HIV II: ☐ + ☐ - Epstein Barr: ☐ + ☐ - * Chagas (Fijación de compl.): ☐ + ☐ -

* Anticore: ☐ + ☐ - * CMV: ☐ + ☐ - PPD: ☐ + ☐ - Xenodiagnóstico: ☐ + ☐ -

* HCV: ☐ + ☐ - * VDRL: ☐ + ☐ - * Chagas (Elisa): ☐ + ☐ - Hemocultivo: ☐ + ☐ -

Gota Gruesa: ☐ + ☐ -

* Estudios complementarios (Medidas antropométricas)

Peso: kg Talla: cm Perímetro umbilical: cm

* Laboratorio

Grupo sanguíneo: ☐ 0 ☐ A ☐ B ☐ AB Factor: ☐ Positivo ☐ Negativo

* Situación clínica

Electivo: ☐ Urgencia: ☐ Pacientes adultos y pediátricos con alteraciones en la función hepática, o sin acceso vascular yugular, subclavio o femoral para alimentación parenteral.

Trasplantes previos (Resultado de la evaluación pre-trasplante)

1er tx: Fecha: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR Órgano: Centro tx:

2do tx: Fecha: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR Órgano: Centro tx:

3er tx: Fecha: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR Órgano: Centro tx:

4to tx: Fecha: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR Órgano: Centro tx:

* Resultado de la evaluación pretrasplante

☐ APTO PARA TRASPLANTE - continúa el proceso de inscripción

☐ NO APTO TRANSITORIO PARA TRASPLANTE - el proceso de inscripción permanece pendiente

☐ Edad

☐ Patología metabólica

☐ Accidente

☐ Patología cardíaca

☐ Patología nutricional

☐ Trasplante en el exterior

☐ Patología vascular

☐ Patología neurológica

☐ No reside en el país

☐ Patología infecciosa

☐ Causa psicopatológica

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Patología neoplásica

☐ Situación socio-económica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología inmunológica

☐ Otra

☐ Patología urológica

☐ Adicción

Evaluación pretrasplante pancreointestinal (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.

* Resultado de la evaluación pretrasplante (continuación)

☐ NO APTO DEFINITIVO PARA TRASPLANTE - se interrumpe el proceso de inscripción

☐ Edad

☐ Patología metabólica

☐ Accidente

☐ Patología cardíaca

☐ Patología nutricional

☐ Trasplante en el exterior

☐ Patología vascular

☐ Patología neurológica

☐ No reside en el país

☐ Patología infecciosa

☐ Causa psicopatológica

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Patología neoplásica

☐ Situación socio-económica

☐ Fallecimiento

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología inmunológica

☐ Adicción

☐ Patología urológica

☐ Otra

☐ NO APTO PARA ESTA LISTA DE ESPERA - se interrumpe el proceso de inscripción y se indica evaluación de la siguiente lista combinada:

Comentarios

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