

Evaluación pretrasplante renopancreático (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.

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 (N = normal / P = patológico)

* Valoración cardiológica: ☐ N ☐ P / /

* Paciente c/ant. urol.: ☐ N ☐ P / /

* RX torax: ☐ N ☐ P / /

Paciente s/ant. urol.: ☐ N ☐ P / /

* ECG: ☐ N ☐ P / /

Otros - Causa: / /

* Ecocardiograma: ☐ N ☐ P / /

Estudios urodinámicos: ☐ N ☐ P / /

Pruebas de perfusión: ☐ N ☐ P / /

* Valoración gastrointestinal: ☐ N ☐ P / /

* Ecografía abdominal: ☐ N ☐ P / /

* SOMF: ☐ N ☐ P / /

* Cert. salud bucal: ☐ N ☐ P / /

Endoscopia: ☐ N ☐ P / /

* Valoración urológica: ☐ N ☐ P / /

Seriada gastroduodenal: ☐ N ☐ P / /

* Ecografía renal: ☐ N ☐ P / /

Colon (* si es > a 40 años): ☐ N ☐ P / /

* Cistouretrorografía: ☐ N ☐ P / /

* Evaluación ginecológica: ☐ N ☐ P / /

* Paciente pediátrico: ☐ N ☐ P / /

* PAP: ☐ N ☐ P / /

* Masc. > 50 años: ☐ N ☐ P / /

* Mamografía: ☐ N ☐ P / /

* Laboratorio

Grupo sanguíneo: ☐ 0 ☐ A ☐ B ☐ AB

Factor: ☐ Positivo ☐ Negativo

Trasplantes previos

1er trasplante: Fecha de implante: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A / B / DR / G y F:

Órgano:

Centro tx:

2do trasplante: Fecha de implante: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A / B / DR / G y F:

Órgano:

Centro tx:

3er trasplante: Fecha de implante: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A / B / DR / G y F:

Órgano:

Centro tx:

4to trasplante: Fecha de implante: / / ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A / B / DR / G y F:

Órgano:

Centro tx:

Evaluación pretrasplante renopancreático (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.

* Resultado de la evaluación pretrasplante

☐ APTO PARA TRASPLANTE - continúa el proceso de inscripción

☐ Edad del paciente

☐ Patología cardíaca

☐ Patología vascular

☐ Patología infecciosa

☐ Patología neoplásica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología urológica

☐ Patología metabólica

☐ Patología nutricional

☐ Patología neurológica

☐ Causa psicopatológica

☐ Situación socioeconómica

☐ Patología inmunológica

☐ Adicción

☐ Accidente

☐ Trasplante en el exterior

☐ No reside en el país

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Otra

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

☐ Edad del paciente

☐ Patología cardíaca

☐ Patología vascular

☐ Patología infecciosa

☐ Patología neoplásica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología urológica

☐ Patología metabólica

☐ Patología nutricional

☐ Patología neurológica

☐ Causa psicopatológica

☐ Situación socioeconómica

☐ Patología inmunológica

☐ Adicción

☐ Accidente

☐ Trasplante en el exterior

☐ No reside en el país

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Fallecimiento

☐ Otra

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

☐ Edad del paciente

☐ Patología cardíaca

☐ Patología vascular

☐ Patología infecciosa

☐ Patología neoplásica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología urológica

☐ Patología metabólica

☐ Patología nutricional

☐ Patología neurológica

☐ Causa psicopatológica

☐ Situación socioeconómica

☐ Patología inmunológica

☐ Adicción

☐ Accidente

☐ Trasplante en el exterior

☐ No reside en el país

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Fallecimiento

☐ Otra

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

Laboratorio de histocompatibilidad que realizará los estudios inmunológicos (sólo para el caso APTO PARA TRASPLANTE)

* Nombre:

Nro registro:

Teléfono / fax:

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