

Evaluación pretrasplante cardiorrenal (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 (Medidas antropométricas)

* Perímetro axilar: cm * Perímetro umbilical: cm * Peso: kg

* Perímetro xifoideo: cm * Largo esternal: cm * Talla: cm

* Valoración urológica:

* Ecografía renal: ☐ N ☐ P / /

* Paciente c/ant. urol.: ☐ N ☐ P / /

* Cistouretrografía: ☐ N ☐ P / /

Paciente s/ant. urol.: ☐ N ☐ P / /

* Paciente pediátrico: ☐ N ☐ P / /

Otros - Causa: / /

* Masc. > 50 años: ☐ N ☐ P / /

Estudios urodinámicos: ☐ N ☐ P / /

* Laboratorio

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

* Situación clínica

EMERGENCIA CARDÍACA A:

- ☐ 1.- Pacientes con Asistencia Ventricular o ECMO de corta duración, definida ésta como menor o igual a treinta (30) días.
- ☐ 2.- Pacientes con Asistencia Ventricular de larga duración, mayor a treinta y un (31) días, disfuncionante por:
 - 2.1.- Disfunción mecánica
 - 2.2.- Infección
 - 2.3.- Tromboembolismo
- ☐ 3.- Asistencia circulatoria y/o respiratoria mecánica y/o VNI en pacientes pediátricos.
- ☐ 4.- Pacientes Pediátricos portadores de Miocardiopatías Restrictivas o dilatadas con presiones pulmonares > del 50 % de la presión sistémica.
- ☐ 5.- Pacientes Pediátricos portadores de Cardiopatías Congénitas Cianóticas con saturación de O₂ < al 80 % (respirando aire ambiente) y Hto > al 50 %.
- ☐ 6.- Los pacientes pediátricos comprendidos en los criterios 4 y 5 no necesariamente deberán estar internados en UCO/UCI para ser incluidos en emergencia.

EMERGENCIA CARDÍACA B:

- ☐ 1. Pacientes en Shock Cardiogénico con al menos uno (1) de estos criterios:
 - 1.1. Fármacos vasoactivos y ventilación mecánica invasiva
 - 1.2. Balón de contrapulsación aórtico con o sin ventilación invasiva
 - 1.3. Asistencia ventricular de larga duración (mayor a 31 días)
- ☐ 2. Pacientes en situación de tormenta arrítmica.

Evaluación pretrasplante cardiorenal (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.

URGENCIA

Pacientes Internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCO/UTI) o Cuidados Intermedios con uno de los siguientes criterios:

- ☐ 1.- Pacientes con infusión de agentes inotrópicos intravenosos necesarios para mantener un adecuado volumen minuto cardíaco.
- ☐ 2.- Pacientes Pediátricos con retraso en el crecimiento (Peso o talla con -1 desvío estándar del percentil 50 de acuerdo a las tablas de peso y talla de la Sociedad Argentina de Pediatría).
- ☐ 3.- Los pacientes pediátricos comprendidos en el criterio 2 no necesariamente deberán estar internados en UCO o intermedio para ser incluidos en urgencia.

☐ Electivo

Trasplantes previos (Resultado de la evaluación pretrasplante)

1er tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
2do tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
3er tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
4to tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>

* Resultado de la evaluación pretrasplante

- ☐ APTO PARA TRASPLANTE:
- ☐ NO APTO TRANSITORIO PARA TRASPLANTE:
- ☐ NO APTO DEFINITIVO PARA TRASPLANTE:
- ☐ NO APTO PARA ESTA LISTA DE ESPERA

Laboratorio de histocompatibilidad que realizará los estudios inmunológicos

* Nombre: Nro registro:

Teléfono / fax:

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	EAIT Ciudad de Buenos Aires 0800-333-6627	ECODAI Provincia de Córdoba 0351-4344105	CUDAIO Provincia de Santa Fe 0342-4574814	INCAIMEN Provincia de Mendoza 0261-4201997	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 0362-4453534	CUCAIMIS Provincia de Misiones 0376-4447792	CUCAICOR Provincia de Corrientes 03794-420696	CAISE Provincia de Santiago del Estero 0385-4236911	INAISA Provincia de San Juan 0264-4201029	CUCAI Provincia de Jujuy 0388-4221228	CUCAI Provincia de Río Negro 02920-427748	CUCAI Provincia de Formosa 0370-4436109
CUCAI Provincia de Neuquén 0299-4430705	CAIPAT Provincia de Chubut 0280-4421797	CUCAI SAN LUIS Provincia de San Luis 0266-4446291	CAICA Provincia de Catamarca 0383-4437902	CUCAI Provincia de La Pampa 02954-427006	CUCAILAR Provincia de La Rioja 0380-4431963	CUCAI Provincia de Santa Cruz 02966-42-5411	CUCAI Provincia de Tierra del Fuego 02901-421915