

**Evaluación pretrasplante hepatopancreático** (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

*** Laboratorio**

Grupo sanguíneo:

☐ 0☐ A☐ B☐ AB

Factor:

☐ Positivo☐ Negativo

Bilirrubina:

mg/dl

INR:

Creatinina sérica:

mg/dl

Albúmina:

g/dl

Na:

mEq/l

*** Requerimiento de al menos dos diálisis en la última semana**☐ SI☐ NO*** Situación clínica**

Emergencia: ☐ Pacientes con fallo hepático fulminante, que presenten evidencia clínica o de laboratorio de hepatitis aguda, sin enfermedad hepática previamente conocida, con valor de RIN mayor a 1,5 y presencia de algún grado de encefalopatía.

☐ Falla primaria del hígado trasplantado dentro de los siete (7) días post trasplante con valor de TGO > 3000 U/L, y al menos una de las siguientes alteraciones de laboratorio:

☐ RIN > 2.5☐ pH < 7.30☐ Ácido láctico > 4 mmol/l.

☐ Síndrome de hígado pequeño en un paciente trasplantado con un donante vivo o que haya recibido un segmento hepático proveniente de una bipartición que presente falla severa (disfunción del injerto con colestasis progresiva, ascitis, coagulopatía sin signos de mejoría) dentro de los siete (7) días posteriores al trasplante.

☐ Trombosis Vascular en hígado trasplantado dentro de los siete (7) días post trasplante. Se considerará como fecha de ingreso, aquella en la que se efectivice la reinscripción.

Trombosis: ☐ Trombosis vascular entre el día ocho (8) y catorce (14) del trasplante se les otorgará cuarenta (40) puntos de PELD/MELD sodio. Se considerará como fecha de ingreso a este puntaje aquella en la que se efectivice la inscripción en este episodio. Debe remitir al INCUCAI estudio complementario que respalde la situación descripta para su auditoría:

☐ Ecodoppler☐ Angiotomografía☐ Angioresonancia☐ AngiografíaPuntaje MELD/PELD: ☐

Evaluación pretrasplante hepatopancreático (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante)

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

HOJA 2 DE 2

Trasplantes previos (resultado de la evaluación pretrasplante)

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:

* 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 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 DEFINITIVO PARA TRASPLANTE - se interrumpe el proceso de inscripción

☐ Edad

☐ 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 y se indica evaluación de la siguiente lista combinada:

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

Firma y sello del jefe, subjefe o integrante autorizado del equipo de trasplante hepático

Fecha de confección: / / (dd/mm/aaaa)

Firma y sello del jefe, subjefe o integrante autorizado del equipo de trasplante pancreático

EAIT Ciudad de Buenos Aires 0800.333.6627	CUCAIBA Buenos Aires 0221.427.6068/69/70	CAICA Catamarca 03834.43.7902	CUCAI Chaco 0362.15422.6707	CAIPAT Chubut 02804.60.7317	ECODAIC Córdoba 0351.4344105/15	CUCAICOR Corrientes 03794.431512	CUCAIER Entre Ríos 0343.4221198
CUCAI Formosa 03704.436109 int 177	CUCAI Jujuy 0388.4221228	CUCAI La Pampa 02954.427006	CUCAILAR La Rioja 0380.4431963	INCAIMEN Mendoza 0261-4201997	CUCAIMIS Misiones 0376.4447792	CUCAI Neuquén 0299.443.0705	CUCAI Río Negro 02920.427748
CUCAI Salta 0387.4319298/4370078	INAISA San Juan 0264 4201029	CUCAI San Luis 0266-4446291	CUCAI Santa Cruz 02966748570	CUDAIO Santa Fe 0342.457.4814	CAISE Santiago del Estero 0385.4251912	CUCAI Tierra del Fuego 02901.591183	CUCAITUC Tucumán 0381.4301444