

Evaluación pretrasplante intestinal (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)

Peso: kg Talla: cm Perímetro umbilical: cm
 Perímetro axilar: cm Perímetro xifoideo: cm Largo esternal: cm

* **Laboratorio**

Grupo sanguíneo: O A B AB Factor: Positivo Negativo

* **Situación clínica**

- Emergencia:** Pacientes pediátricos con pérdida de accesos vasculares con pérdida de dos (2) de los cuatro (4) accesos vasculares estándares por trombosis. Los cuatro (4) accesos vasculares estándares considerados son: los dos (2) confluentes yugulo-subclavios y dos (2) femorales.
- Pacientes adultos con pérdida de tres (3) de los seis (6) accesos vasculares estándares por trombosis (venas subclavias, yugulares internas y femorales, derechas e izquierdas).
- Disfunción hepática progresiva por enfermedad hepática asociada a la nutrición parenteral total (NPT) e insuficiencia intestinal.
- Marcar uno (1) de los siguientes tres (3) criterios:
- A - Pacientes menores de un (1) año con bilirrubina total mayor a 6 mg/dl en forma ininterrumpida durante seis (6) semanas, en ausencia de otra causa que lo justifique (infección, drogas).
- B - Pacientes de un (1) año de edad o más, con bilirrubina total mayor a seis (6) mg/dl en forma ininterrumpida durante seis (6) meses, en ausencia de otra causa que lo justifique (infección, drogas).
- C - Pacientes con biopsia hepática con fibrosis menor o igual a grado dos (2) (escala METAVIR). El centro de trasplante deberá remitir junto con la constancia de inscripción copia de los protocolos de laboratorio de acuerdo a los tiempos de actualización con los valores de bilirrubina total para los puntos A y B.
- Pacientes con trastornos hidro-electrolíticos severos que no pueden ser manejados con máximo aporte posible por infusión de NPT, entendiéndose esto como el aporte máximo de potasio, sodio y magnesio.

Electivo:

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:

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

Evaluación pretrasplante intestinal (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
- NO APTO TRANSITORIO PARA TRASPLANTE - el proceso de inscripción permanece pendiente
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Patología metabólica | <input type="checkbox"/> Accidente |
| <input type="checkbox"/> Patología cardíaca | <input type="checkbox"/> Patología nutricional | <input type="checkbox"/> Trasplante en el exterior |
| <input type="checkbox"/> Patología vascular | <input type="checkbox"/> Patología neurológica | <input type="checkbox"/> No reside en el país |
| <input type="checkbox"/> Patología infecciosa | <input type="checkbox"/> Causa psicopatológica | <input type="checkbox"/> Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente |
| <input type="checkbox"/> Patología neoplásica | <input type="checkbox"/> Situación socioeconómica | |
| <input type="checkbox"/> Patología quirúrgica | <input type="checkbox"/> Patología inmunológica | <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Patología urológica | <input type="checkbox"/> Adicción | |
- NO APTO DEFINITIVO PARA TRASPLANTE - se interrumpe el proceso de inscripción
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Patología metabólica | <input type="checkbox"/> Accidente |
| <input type="checkbox"/> Patología cardíaca | <input type="checkbox"/> Patología nutricional | <input type="checkbox"/> Trasplante en el exterior |
| <input type="checkbox"/> Patología vascular | <input type="checkbox"/> Patología neurológica | <input type="checkbox"/> No reside en el país |
| <input type="checkbox"/> Patología infecciosa | <input type="checkbox"/> Causa psicopatológica | <input type="checkbox"/> Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente |
| <input type="checkbox"/> Patología neoplásica | <input type="checkbox"/> Situación socioeconómica | |
| <input type="checkbox"/> Patología quirúrgica | <input type="checkbox"/> Patología inmunológica | <input type="checkbox"/> Fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> Patología urológica | <input type="checkbox"/> Adicción | <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/> |
- 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

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