

Evaluación pretrasplante renal (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: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	* Paciente c/ant. urol.: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* RX torax: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Paciente s/ant. urol.: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* ECG: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Otros - Causa: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Ecocardiograma: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Estudios urodinámicos: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Pruebas de perfusión: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	* Valoración gastrointestinal: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Ecografía abdominal: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	* SOMF: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Cert. salud bucal: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Endoscopia: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Valoración urológica: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Seriada gastroduodenal: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Ecografía renal: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Colon (* si es > a 40 años): <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Cistouretrografía: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	* Evaluación ginecológica: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Paciente pediátrico: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	* PAP: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
* Masc. > 50 años: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	* Mamografía: <input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

*** 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 renal (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 del paciente | <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 del paciente | <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:

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

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