

Indicación de trasplante de tejidos oculares (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.

Lista de espera

- Córnea Esclera Globo ocular
- * Ojo derecho: Primera vez Reinjerto * Ojo izquierdo: Primera vez Reinjerto
- * Tipo de injerto: Penetrante Lamilar Endotelial

Método de inscripción

- Normal Excepción

Paciente

- * Apellido:
- * Nombre:
- * Tipo de documento: DNI DNIM DNIF LE LC CI Pasaporte Número:
- * Fecha de nacimiento: / / (dd/mm/aaaa) * Sexo: Masculino Femenino
- * Nacionalidad: (Si es extranjero, especifique cuál) Residencia permanente: SI NO
- Fecha de legal ingreso: / / (dd/mm/aaaa) Para extranjeros sin residencia permanente
- * Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Vínculo de hecho

Domicilio

- * Calle: * Nro: Piso: Dpto:
- * Provincia:
- * Partido/departamento:
- * Localidad: * CP:
- * Teléfono 1: Particular Celular Laboral Familiar Vecino Amigo
- Teléfono 2: Particular Celular Laboral Familiar Vecino Amigo
- Teléfono 3: Particular Celular Laboral Familiar Vecino Amigo
- Teléfono 4: Particular Celular Laboral Familiar Vecino Amigo
- Teléfono 5: Particular Celular Laboral Familiar Vecino Amigo
- * Correo electrónico:

Destacamento policial más cercano al domicilio del paciente

- * Seccional:
- * Teléfono / fax:

Financiador para la cobertura del trasplante

- Sin cobertura: SISTEMA PÚBLICO DE SALUD
 FINANCIAMIENTO PRIVADO

Con cobertura:

- * Nombre del financiador: * Nro afiliado:

Centro de trasplante

- * Nombre: Nro registro:
- Médico a cargo: Nro registro:

Indicación de trasplante de tejidos oculares (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.

Diagnóstico (consultar la tabla de diagnósticos asociada)

* Principal: Código:

Secundario: Código:

Otro: Cuál?

Si alguno de los diagnósticos seleccionados corresponde a "otro", especificar el mismo.

Situación Clínica

- Córnea tipificada General Penetrante Laminar Endotelial
- Paciente pediátrico Ceguera Urgencia (Perforación o absceso)

Finalidad del trasplante

- ÓPTICA RECONSTRUCTIVA TERAPÉUTICA ESTÉTICA MÚLTIPLE
- Otra: Cuál?

Condición del ojo congénere

- * Sin particularidades:
- * Con patología: Cuál?:

Agudeza visual

* OJO DERECHO: Sin corrección Con corrección En décimas

* OJO IZQUIERDO: Sin corrección Con corrección

OJO ÚNICO: SI NO

Trasplantes previos

* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	1er tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	2do tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	3er tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
* Ojo der.: <input type="radio"/>	* Ojo izq.: <input type="radio"/>	Exterior: <input type="radio"/>	4to tx: Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>

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	Buenos Aires Trasplante Ciudad de Buenos Aires 0800-333-6627	ECODAIC Provincia de Córdoba 0351-421-5001	CUDAIO Provincia de Santa Fe 0341-472-4647	INCAIMEN Provincia de Mendoza 0800-222-4622	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 03722-45-3534	CUCAI Provincia de Misiones 03752-46-7830	CUCAICOR Provincia de Corrientes 03783-42-0696	CAISE Provincia de Santiago del Estero 0385-450-7509	INAISA Provincia de San Juan 0264-420-1334	CUCAI Provincia de Jujuy 0388-422-1258	CUCAI Provincia de Río Negro 0299-477-6600/01	CUCAI Provincia de Formosa 03717-42-6496
CUCAI Provincia de Neuquén 0299-449-0814	CAIPAT Provincia de Chubut 0297-447-3950	CUCAILUIS Provincia de San Luis 02652-43-9363	CAICA Provincia de Catamarca 03833-43-7902	CUCAI Provincia de La Pampa 02954-42-5857	CUCAILAR Provincia de La Rioja 03822-45-3732	CUCAI Provincia de Santa Cruz 02966-42-5411	CUCAI Provincia de Tierra del Fuego 02964-42-2088

Indicación de trasplante de tejidos oculares - TABLA DE DIAGNÓSTICO ASOCIADA

Diagnóstico - Córneas

Perforación corneal (CO1)

Absceso coneal (CO2)

Leucoma cicatrizal (CO3)

- Post infección córnea (CO.1)
- Trauma Físico (CO3.2)
- Post Cirugía Refractiva (CO3.3)
- Idiopático (CO3.4)

Infección Activa (CO4)

- Viral (CO4.1)
- Bacteriana (CO4.2)
- Hongos (CO4.3)

Infección activa (CO4)

- Viral (CO4.1)
- Bacteriana (CO4.2)
- Hongos (CO.4.3)

(CO5)

- Edema Afáquica (CO5.1)
- Edema pseudofáquica (CO5.2)

Distrofia (CO6)

- Endotelial (CO6.1)
- Estromal (CO6.2)
- Epitelial (CO6.3)

Ectasia corneal (CO7)

- Queratocono (CO7.1)

Colagenolisis o úlceras tróficas (CO8)

Opacidad corneal congénita (CO9)

Rechazo inmunológico (CO10)

Falla del injerto (CO11)

- Glaucoma post injerto (CO11.1)

Otra (CO12)