

Indicación de evaluación pretrasplante (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante o por director médico del centro de diálisis)

HOJA 1 DE 2

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

Lista de espera

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> RENAL | <input type="radio"/> HEPATOINTESTINAL | <input type="radio"/> CARDIORRENAL | <input type="radio"/> PANCREOINTESTINAL |
| <input type="radio"/> RENOPANCREÁTICA | <input type="radio"/> HEPATOPANCREÁTICA | <input type="radio"/> CARDIOHEPÁTICA | <input type="radio"/> INTESTINAL |
| <input type="radio"/> HEPÁTICA | <input type="radio"/> CARDÍACA | <input type="radio"/> PULMONAR | |
| <input type="radio"/> HEPATORRENAL | <input type="radio"/> CARDIOPULMONAR | <input type="radio"/> PANCREÁTICA | |

Método de inscripción

- Para lista de espera renal: PROVENIENTE DEL REGISTRO NACIONAL DE IRCT
- PEDIÁTRICO - Resolución INCUCAI - 111/05
- EXCEPCIÓN - Resolución INCUCAI - 184/00
- Clearance de creatinina ml/min/1,73 SC
- Último acceso vascular
- Otra causa
- TRASPLANTE CON DONANTE VIVO PROGRAMADO
- Para el resto de las listas: NORMAL
- EXCEPCIÓN
- SIMPLIFICADO

Paciente

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

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:

Centro de diálisis (sólo para el caso de pacientes provenientes del Registro Nacional de Diálisis)

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

Indicación de evaluación pretrasplante (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante o por director médico del centro de diálisis)

HOJA 2 DE 2

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

Financiador para la cobertura de la evaluación pretrasplante

Sin cobertura: SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

FINANCIAMIENTO PRIVADO

Con cobertura:

* Nombre del financiador: * Nro afiliado:

Institución de trasplante

Institución: Nro registro:

Programa: RIÑÓN Y URÉTER

CORAZÓN

PÁNCREAS Y RENOPÁNCREAS

HÍGADO

PULMÓN

INTESTINO

CORAZÓN Y PULMÓN

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.

NOTA: en caso de trasplante combinado consignar también el diagnóstico de el/los órgano/s asociado/s.

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 o centro de diálisis

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

Indicación de evaluación pretrasplante - TABLA DE DIAGNÓSTICO ASOCIADA

Diagnóstico - Renal

Desconocida (R1)	Nefroangioesclerosis (R5)	Nefropatía Diabética (R9)
Glomerulonefritis (R2)	Poliquistosis Renal (R6)	Síndrome Urémico Hemolítico (R10)
Nefritis Túbulo Intersticial (R3)	Amiloidosis (R7)	Mieloma (R11)
Nefropatía Obstructiva (R4)	Nefropatía Lúpica (R8)	Otra (R12)

Diagnóstico - Hepático

Cirrosis Hepatocelular (H1)	Otra (H1.6)	Budd Chiari (H3)
HCV (H1.1)	Cirrosis Colestática (H2)	Hepatitis Fulminante (H4)
HBV (H1.2)	Biliar Primaria (H2.1)	Cáncer (H5)
Alcohólica (H1.3)	Biliar Secundaria (H2.2)	Atresia vías biliares (H6)
Autoinmune (H1.4)	Colangitis esclerosante (H2.3)	Enfermedad Metabólica (H7)
Metabólica (H1.5)	Otra (H2.4)	

Diagnóstico - Cardíaco / cardiopulmonar

Miocardiopatía dilatada (C1)	Miocardiopatía restrictiva (C2)	Restrictivo/Constrictivo (C3.5)
Idiopática (C1.1)	Idiopática (C2.1)	Rechazo crónico (C3.6)
Adriamicina (C1.2)	Amiloidosis (C2.2)	Falla Primaria (C3.7)
Posparto (C1.3)	Fibrosis endocárdica (C2.3)	Otra (C3.8)
Familiar (C1.4)	Sarcoidosis (C2.4)	Enfermedad arterial coronaria (C4)
Miocarditis (C1.5)	Secundaria a Radiación o Quimioterapia (C2.5)	Miocardiopatía hipertrófica (C5)
Alcohólica (C1.6)	Otra (C2.6)	Enfermedad Cardíaca Valvular (C6)
Post Viral (C1.7)	Falla del injerto cardíaco (C3)	Enfermedad Cardíaca Congénita (C7)
Isquémica (C1.8)	Rechazo hiperagudo (C3.1)	Cáncer (C8)
Otra (C1.9)	Rechazo agudo (C3.2)	Tumor (C9)
	Enfermedad arterial coronaria (C3.3)	Hipertensión Pulmonar (C10)
	No específico (C3.4)	Otra (C11)

Diagnóstico - Pulmonar

Síndrome Eisenmenger (P1)	Restrictiva (P2.3)	Fibrosis Pulmonar secundaria (P7)
Defecto Septum Atrial (P1.1)	Rechazo Agudo (P2.4)	Sarcoidosis (P8)
Defecto Septum Ventricular (P1.2)	Obstructiva (P2.5)	Deficiencia de Alpha-1 Antitripsina (P9)
Ductus Arterial (P1.3)	Falla primaria del injerto (P2.6)	Efisema EPOC (P10)
Anomalías Múltiples congénitas (P1.4)	Otra (P2.7)	Bronquiectasia (P11)
Otra (P1.5)	Otras enfermedades congénitas (P3)	Enfermedad Pulmonar Ocupacional (P12)
Falla del injerto pulmonar (retrasplante) (P2)	Hipertensión Pulmonar Primaria (P4)	Linfangioleiomatosis (P13)
No específico (P2.1)	Fibrosis Quística (P5)	Bronquiolitis Obliterante (No Re-tx) (P14)
Bronquiolitis obliterante (P2.2)	Fibrosis Pulmonar idiopática (P6)	Enfermedad Vascular Pulmonar (P15)
		Otra enfermedad pulmonar (P16)

Diagnóstico - Renopancreático

DBT Tipo I con IRCT en diálisis (Rp1)	DBT Tipo I con IRCT y Cl Cr < 20ml/min y sin tratamiento sustitutivo (Rp2)	Retrasplante simultáneo de páncreas y riñón (Rp3)
---------------------------------------	--	---

Diagnóstico - Pancreático

DBT Tipo I sin IRCT (Pa1)	DBT Tipo I con tx renal y páncreas previo (Pa2)	DBT Tipo I con tx renal previo (Pa3)
---------------------------	---	--------------------------------------

Diagnóstico - Intestinal

Isquemia intestinal (I1)	Injuria Traumática (I4)	Gastrosquisis (I7)	Aglanglioneosis (I10)
Enfermedad de Cronh (I2)	Síndrome de Gardner (I5)	Enterocolitis Necrotizante (I8)	Otras causas Intestino Corto (I11)
Tumor Desmoide (I3)	Vólvulo (I6)	Atresia intestinal (I9)	Otra (I12)