



Evaluación pretrasplante intratorácico (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

* Tipo de trasplante

☐ CARDÍACO

☐ CARDIOPULMONAR

☐ PULMONAR UNILATERAL

☐ PULMONAR BILATERAL

* Situación clínica

EMERGENCIA CARDÍACA A:

- ☐ 1.- Pacientes con Asistencia Ventricular o ECMO de corta duración, definida ésta como menor o igual a treinta (30) días.
- ☐ 2.- Pacientes con Asistencia Ventricular de larga duración, mayor a treinta y un (31) días, disfuncionante por:
 - 2.1.- Disfunción mecánica
 - 2.2.- Infección
 - 2.3.- Tromboembolismo
- ☐ 3.- Asistencia circulatoria y/o respiratoria mecánica y/o VNI en pacientes pediátricos.
- ☐ 4.- Pacientes Pediátricos portadores de Miocardiopatías Restrictivas o dilatadas con presiones pulmonares > del 50 % de la presión sistémica.
- ☐ 5.- Pacientes Pediátricos portadores de Cardiopatías Congénitas Cianóticas con saturación de O₂ < al 80 % (respirando aire ambiente) y Hto > al 50 %.
- ☐ 6.- Los pacientes pediátricos comprendidos en los criterios 4 y 5 no necesariamente deberán estar internados en UCO/UCI para ser incluidos en emergencia.

EMERGENCIA CARDÍACA B:

- ☐ 1. Pacientes en Shock Cardiogénico con al menos uno (1) de estos criterios:
 - 1.1. Fármacos vasoactivos y ventilación mecánica invasiva
 - 1.2. Balón de contrapulsación aórtico con o sin ventilación invasiva
 - 1.3. Asistencia ventricular de larga duración (mayor a 31 días)
- ☐ 2. Pacientes en situación de tormenta arritmica.

URGENCIA

Pacientes Internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCO/UTI) o Cuidados Intermedios con uno de los siguientes criterios:

- ☐ 1.- Pacientes con infusión de agentes inotrópicos intravenosos necesarios para mantener un adecuado volumen minuto cardíaco.
- ☐ 2.- Pacientes Pediátricos con retraso en el crecimiento (Peso o talla con -1 desvío estándar del percentil 50 de acuerdo a las tablas de peso y talla de la Sociedad Argentina de Pediatría).
- ☐ 3.- Los pacientes pediátricos comprendidos en el criterio 2 no necesariamente deberán estar internados en UCO o intermedio para ser incluidos en urgencia.



Evaluación pretrasplante intratorácico (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.

EMERGENCIA CARDIOPULMONAR Y PULMONAR

Pacientes Internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCO/UTI) con uno de los siguientes criterios:

- ☐ 1. Intubados en asistencia respiratoria mecánica.
- ☐ 2. ECMO (Membrana oxigenadora extracorpórea).
- ☐ 3. Diagnóstico de fibrosis pulmonar o fibrosis quística o bronquiectasia más Ventilación no invasiva (VNI).
- ☐ 4. Pacientes pediátricos con Fibrosis Quística y uno de los siguientes parámetros:
 - 4.1 Índice de Masa Corporal IMC < 17
 - 4.2. Pacientes Pediátricos con retraso en el crecimiento (Peso o talla en Percentilo 3 de acuerdo a las tablas de peso y talla de la Sociedad Argentina de Pediatría).
- ☐ 5. Diagnóstico de enfermedad vascular pulmonar primaria con Clase funcional (CF) IV de la clasificación de New York Heart Association, con necesidad de inotrópicos y/o vasodilatadores intravenosos más alguno de los siguientes criterios:
 - 5.1. Derrame pericárdico
 - 5.2. Severo deterioro de la Función sistólica ventricular derecha (FSVD) determinada por ecocardiograma.
 - 5.3. Presión media de Aurícula derecha (AuD) ≥ 20 mmHg.

URGENCIA CARDIOPULMONAR Y PULMONAR A:

Pacientes Internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCO / UTI / Unidad de cuidados Intermedios), con uno de los siguientes criterios:

- ☐ 1. Fibrosis quística o fibrosis pulmonar en CF IV y Presión pulmonar Sistólica \geq a 70 mmHg
- ☐ 2. EPOC con dos (2) ó más exacerbaciones por año
- ☐ 3. Enfermedad vascular pulmonar primaria en CF IV, con máxima terapia vasodilatadora.

URGENCIA CARDIOPULMONAR Y PULMONAR B:

Receptores con los siguientes criterios:

- ☐ 1. Pacientes con fibrosis quística con exacerbaciones infecciosas frecuentes, al menos tres 3 internaciones en el año.
- ☐ 2. Pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar Grupo I.

☐ Electivo

Trasplantes previos (Resultado de la evaluación pretrasplante)

1er tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
2do tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
3er tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>
4to tx:	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> VR <input type="radio"/> VNR	Órgano: <input type="text"/>	Centro tx: <input type="text"/>

* Resultado de la evaluación pretrasplante

- ☐ APTO PARA TRASPLANTE:
- ☐ NO APTO TRANSITORIO PARA TRASPLANTE:
- ☐ NO APTO DEFINITIVO PARA TRASPLANTE:
- ☐ NO APTO PARA ESTA LISTA DE ESPERA

Laboratorio de histocompatibilidad que realizará los estudios inmunológicos (sólo en caso de ser necesario para TRASPLANTE CARDÍACO)

* 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