

Evaluación pretrasplante pancreático (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

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:

\* Resultado de la evaluación pretrasplante

☐ APTO PARA TRASPLANTE - continúa el proceso de inscripción

☐ NO APTO TRANSITORIO PARA TRASPLANTE - el proceso de inscripción permanece pendiente

☐ Edad

☐ Patología cardíaca

☐ Patología vascular

☐ Patología infecciosa

☐ Patología neoplásica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología urológica

☐ Patología metabólica

☐ Patología nutricional

☐ Patología neurológica

☐ Causa psicopatológica

☐ Situación socioeconómica

☐ Patología inmunológica

☐ Adicción

☐ Accidente

☐ Trasplante en el exterior

☐ No reside en el país

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Otra

Evaluación pretrasplante pancreático (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante)

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

HOJA 2 DE 2

\* Resultado de la evaluación pretrasplante (continuación)

☐ NO APTO DEFINITIVO PARA TRASPLANTE - se interrumpe el proceso de inscripción

☐ Edad

☐ Patología metabólica

☐ Accidente

☐ Patología cardíaca

☐ Patología nutricional

☐ Trasplante en el exterior

☐ Patología vascular

☐ Patología neurológica

☐ No reside en el país

☐ Patología infecciosa

☐ Causa psicopatológica

☐ Suspensión del tratamiento por voluntad del paciente

☐ Patología neoplásica

☐ Situación socioeconómica

☐ Patología quirúrgica

☐ Patología inmunológica

☐ Fallecimiento

☐ Patología urológica

☐ Adicción

☐ Otra

☐ 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