

Evaluación pretrasplante hepatorenal (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 Guesa: + -

* Estudios complementarios (medidas antropométricas)

* Perímetro axilar: cm * Perímetro umbilical: cm * Peso: kg* Perímetro xifoideo: cm * Largo esternal: cm * Talla: cm

* Valoración urológica

* Ecografía renal: N P / / * Paciente c/ant. urol.: N P / / * Cistouretrografía: N P / / Paciente s/ant. urol.: N P / / * Paciente pediátrico: N P / / Otros - Causa: / / * Masc. > 50 años: N P / / Estudios urodinámicos: N P / /

* Laboratorio

Grupo sanguíneo: O A B AB Factor: Positivo NegativoBilirrubina: mg/dl INR: Creatinina sérica: mg/dl Albúmina: g/dlNa: mEq/l Clearence por CKD - EPI: ml/minuto

* Requerimiento de al menos dos diálisis en la última semana

 SI NO

* Situación clínica

Emergencia: Pacientes con fallo hepático fulminante, que presenten evidencia clínica o de laboratorio de hepatitis aguda, sin enfermedad hepática previamente conocida, con valor de RIN mayor a 1,5 y presencia de algún grado de encefalopatía. Falla primaria del hígado trasplantado dentro de los siete (7) días post trasplante con valor de TGO > 3000 U/L, y al menos una de las siguientes alteraciones de laboratorio: RIN > 2.5 pH < 7.30 Acido láctico > 4 mmol/l. Síndrome de hígado pequeño en un paciente trasplantado con un donante vivo o que haya recibido un segmento hepático proveniente de una bipartición que presente falla severa (disfunción del injerto con colestasis progresiva, ascitis, coagulopatía sin signos de mejoría) dentro de los siete (7) días posteriores al trasplante.

Evaluación pretrasplante hepatorenal (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.

- Trombosis Vascular en hígado trasplantado dentro de los siete (7) días post trasplante. Se considerará como fecha de ingreso, aquella en la que se efectivice la reinscripción.

Trombosis: Trombosis vascular entre el día ocho (8) y catorce (14) del trasplante se les otorgará cuarenta (40) puntos de PELD/MELD sodio. Se considerará como fecha de ingreso a este puntaje aquella en la que se efectivice la inscripción en este episodio. Debe remitir al INCUCAI estudio complementario que respalde la situación descrita para su auditoría:

- Ecodoppler
- Angiotomografía
- Angioresonancia
- Angiografía

Puntaje MELD/PELD:

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"/> |

* 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 | <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"/> Otra <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Patología quirúrgica | <input type="checkbox"/> Patología inmunológica | |
| <input type="checkbox"/> Patología urológica | <input type="checkbox"/> Adicción | |

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

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <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"/> Fallecimiento |
| <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 y se indica evaluación

de la siguiente lista combinada:

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada

Fecha de confección: / / (dd/mm/aaaa)

Firma y sello del jefe, subjefe o integrante autorizado del equipo de trasplante hepático

Firma y sello del jefe, subjefe o integrante autorizado del equipo de trasplante renal

| | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|--|
| EAIT Ciudad de Buenos Aires 0800.333.6627 | CUCAIBA Buenos Aires 0221.427.6068/69/70 | CAICA Catamarca 03834.43.7902 | CUCAI Chaco 0362.15422.6707 | CAIPAT Chubut 02804.60.7317 | ECODAI Córdoba 0351.4344105/15 | CUCAICOR Corrientes 03794.431512 | CUCAIER Entre Ríos 0343.4221198 |
| CUCAI Formosa 03704.436109 int 177 | CUCAI Jujuy 0388.4221228 | CUCAI La Pampa 02954.427006 | CUCAILAR La Rioja 0380.4431963 | INCAIMEN Mendoza 0261-4201997 | CUCAIMIS Misiones 0376.4447792 | CUCAI Neuquén 0299.443.0705 | CUCAI Río Negro 02920.427748 |
| CUCAI Salta 0387.4319298/4370078 | INAISA San Juan 0264 4201029 | CUCAI San Luis 0266-4446291 | CUCAI Santa Cruz 02966748570 | CUDAIO Santa Fe 0342.457.4814 | CAISE Santiago del Estero 0385.4251912 | CUCAI Tierra del Fuego 02901.591183 | CUCAITUC Tucumán 0381.4301444 |