



## 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 Gruesa:

☐ + ☐ -

### \* 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 ☐ Negativo

Bilirrubina:

mg/dl

INR:

Creatinina sérica:

mg/dl

Albúmina:

g/dl

Na:

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

☐ Ácido 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)

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

HOJA 2 DE 2

☐ Trombosis Vascular en hígado trasplantado dentro de los siete (7) días post trasplante. Se considerará como fecha de ingreso, aquella en la que se efective 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 efective la inscripción en este episodio. Debe remitir al INCUBAI 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:  /  /

☐ C ☐ VR ☐ VNR

Órgano:

Centro tx:

2do tx: \*Fecha:  /  /

☐ C ☐ VR ☐ VNR

Órgano:

Centro tx:

3er 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

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

☐ 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

☐ Fallecimiento

☐ Otra

☐ 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

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