

Actualización de situación hepática (para completar por el jefe o subjefe del equipo de trasplante)

HOJA 1 DE 1

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:

* Estudios complementarios (medidas antropométricas)

Peso: kg Talla: cm

* Laboratorio

Bilirrubina: mg/dl INR: Creatinina sérica: mg/dl Albúmina: g/dl Na: mEq/l

* 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.

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 INCUCAI estudio complementario que respalde la situación descrita para su auditoría:

Ecodoppler Angiotomografía Angioresonancia Angiografía

Puntaje MELD/PELD:

NOTA: el cambio de situación clínica se efectivizará con la confirmación de la misma por parte del organismo jurisdiccional de ablación e implante o por el INCUCAI según corresponda.

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

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

ECODAIC
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