

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 esta como menor o igual a (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 un 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.

ELECTIVO

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 con uno de los siguientes criterios:

- ☐ 1.- Intubados en asistencia respiratoria mecánica.
- ☐ 2.- ECMO (Membrana oxigenadora extracorpórea).
- ☐ 3.- Diagnóstico de supuraciones pulmonares crónicas (fibrosis quística o bronquiectasias no Fibrosis Quística) y Fibrosis pulmonar con Ventilación no invasiva (VNI) o cánula de alto flujo (CAFO)
- ☐ 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 con 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 mayor a 20 mmHg.

URGENCIA A:

Pacientes Internados con uno de los siguientes criterios:

- ☐ 1.- Fibrosis quística, bronquiectasias, fibrosis pulmonar o EPOC con presión pulmonar sistólica mayor o igual a 50 mmHg.
- ☐ 2.- Enfermedad vascular pulmonar primaria en CF IV con máxima terapia vasodilatadora.

URGENCIA B:

- ☐ 1.- Enfermedades pulmonares fibrosantes progresivas.
- ☐ 2.- Fibrosis quística con al menos 3 exacerbaciones en el último año que hayan requerido antibioticoterapia parenteral mediante internación nosocomial o domiciliaria.

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 - continúa el proceso de inscripción
- ☐ NO APTO TRANSITORIO PARA TRASPLANTE - el proceso de inscripción permanece pendiente
- ☐ NO APTO DEFINITIVO PARA TRASPLANTE - se interrumpe el proceso de inscripción
- ☐ NO APTO PARA ESTA LISTA DE ESPERA - se interrumpe el proceso de inscripción y se indica evaluación

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 hepático

CUCAIBA Provincia de Buenos Aires 0800-222-0101	Buenos Aires Trasplante Ciudad de Buenos Aires 0800-333-6627	ECODAI Provincia de Córdoba 0351-421-5001	CUDAIO Provincia de Santa Fe 0341-472-4647	INCAIMEN Provincia de Mendoza 0800-222-4622	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 03722-45-3534	CUCAI Provincia de Misiones 03752-46-7830	CUCAICOR Provincia de Corrientes 03783-42-0696	CAISE Provincia de Santiago del Estero 0385-450-7509	INAISA Provincia de San Juan 0264-420-1334	CUCAI Provincia de Jujuy 0388-422-1258	CUCAI Provincia de Río Negro 0299-477-6600/01	CUCAI Provincia de Formosa 03717-42-6496
CUCAI Provincia de Neuquén 0299-449-0814	CAIPAT Provincia de Chubut 0297-447-3950	CUCAILUIS Provincia de San Luis 02652-43-9363	CAICA Provincia de Catamarca 03833-43-7902	CUCAI Provincia de La Pampa 02954-42-5857	CUCAILAR Provincia de La Rioja 03822-45-3732	CUCAI Provincia de Santa Cruz 02966-42-5411	CUCAI Provincia de Tierra del Fuego 02964-42-2088