

## Evaluación pretrasplante renal (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 (N = normal / P = patológico)

\* Valoración cardiológica: ☐ N ☐ P  /  /

\* Paciente c/ant. urol.: ☐ N ☐ P  /  /

\* RX torax: ☐ N ☐ P  /  /

Paciente s/ant. urol.: ☐ N ☐ P  /  /

\* ECG: ☐ N ☐ P  /  /

Otros - Causa:   /  /

\* Ecocardiograma: ☐ N ☐ P  /  /

Estudios urodinámicos: ☐ N ☐ P  /  /

Pruebas de perfusión: ☐ N ☐ P  /  /

\* Valoración gastrointestinal: ☐ N ☐ P  /  /

\* Ecografía abdominal: ☐ N ☐ P  /  /

\* SOMF: ☐ N ☐ P  /  /

\* Cert. salud bucal: ☐ N ☐ P  /  /

Endoscopia: ☐ N ☐ P  /  /

\* Valoración urológica: ☐ N ☐ P  /  /

Seriada gastroduodenal: ☐ N ☐ P  /  /

\* Ecografía renal: ☐ N ☐ P  /  /

Colon (\* si es > a 40 años): ☐ N ☐ P  /  /

\* Cistouretrografía: ☐ N ☐ P  /  /

\* Evaluación ginecológica: ☐ N ☐ P  /  /

\* Paciente pediátrico: ☐ N ☐ P  /  /

\* PAP: ☐ N ☐ P  /  /

\* Masc. > 50 años: ☐ N ☐ P  /  /

\* Mamografía: ☐ N ☐ P  /  /

### \* Laboratorio

Grupo sanguíneo: ☐ 0 ☐ A ☐ B ☐ AB Factor: ☐ Positivo ☐ Negativo

### Trasplantes previos

1er trasplante: Fecha de implante:  /  /  ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A  /  B  /  DR  /  G y F:

Órgano:  Centro tx:

2do trasplante: Fecha de implante:  /  /  ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A  /  B  /  DR  /  G y F:

Órgano:  Centro tx:

3er trasplante: Fecha de implante:  /  /  ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A  /  B  /  DR  /  G y F:

Órgano:  Centro tx:

4to trasplante: Fecha de implante:  /  /  ☐ C ☐ VR ☐ VNR HLA donante: A  /  B  /  DR  /  G y F:

Órgano:  Centro tx:

## Evaluación pretrasplante renal (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.

### \* 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 del paciente    | <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"/> 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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad del paciente    | <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"/> Patología quirúrgica | <input type="checkbox"/> Patología inmunológica   | <input type="checkbox"/> Fallecimiento  |
| <input type="checkbox"/> Patología urológica  | <input type="checkbox"/> Adicción                 | <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>                            |

☐ NO APTO PARA ESTA LISTA DE ESPERA - se interrumpe el proceso de inscripción y se indica evaluación de la siguiente lista combinada:

Laboratorio de histocompatibilidad que realizará los estudios inmunológicos (sólo para el caso APTO PARA TRASPLANTE)

\* 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

**CUCAIBA**  
Provincia de Buenos Aires  
0800-222-0101

**EAIT**  
Ciudad de Buenos Aires  
0800-333-6627

**ECODAI**  
Provincia de Córdoba  
0351-4344105

**CUDAIO**  
Provincia de Santa Fe  
0342-4574814

**INCAIMEN**  
Provincia de Mendoza  
0261-4201997

**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  
0362-4453534

**CUCAIMIS**  
Provincia de Misiones  
0376-4447792

**CUCAICOR**  
Provincia de Corrientes  
03794-420696

**CAISE**  
Provincia de Santiago del Estero  
0385-4236911

**INAISA**  
Provincia de San Juan  
0264-4201029

**CUCAI**  
Provincia de Jujuy  
0388-4221228

**CUCAI**  
Provincia de Río Negro  
02920-427748

**CUCAI**  
Provincia de Formosa  
0370-4436109

**CUCAI**  
Provincia de Neuquén  
0299-4430705

**CAIPAT**  
Provincia de Chubut  
0280-4421797

**CUCAI SAN LUIS**  
Provincia de San Luis  
0266-4446291

**CAICA**  
Provincia de Catamarca  
0383-4437902

**CUCAI**  
Provincia de La Pampa  
02954-427006

**CUCAILAR**  
Provincia de La Rioja  
0380-4431963

**CUCAI**  
Provincia de Santa Cruz  
02966-42-5411

**CUCAI**  
Provincia de Tierra del Fuego  
02901-421915