

FORMULARIO de SEGUIMIENTO de TRASPLANTE HEPÁTICO

Fecha de ingreso al control : ___/___/___ N° de registro FNR _____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Datos del trasplante: Fecha de realización: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___

SEGUIMIENTO PAUTADO: Peso (kg): _____ Altura (cm) : _____

Creatinina (mg/dl): ___, ___ Se realizó por lo menos dos diálisis en la semana previa al estudio? SI NO

Albúmina (g/dl): ___, ___ Bilirrubina (mg/dl): ___, ___ INR: ___ Na(mEq/l): _____

MELD (>= 12 años) : _____ **PELD (< 12 años) :** _____

COORDINADOR DEL PROGRAMA

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

ESTADO AL ALTA:

Vivo Fecha de alta: ___/___/___ Fallecido Fecha de fallecimiento: ___/___/___

DIAGNÓSTICO: _____

ESTUDIOS REALIZADOS

EXÁMENES

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Rx simple abdomen		
Glicemia		
Orina		
Uricemia		
Creatininemia		
Azoemia		
C de Creatinina		
Perfil lipídico		

ENZIMOGRAMA HEPÁTICO

NO SI

	Valor
Fosfatasa alcalina (UI/l)	_____
Gamma GT (UI/l)	_____
GOT (UI/l)	_____
GPT (UI/l)	_____
Colinesterasa hepática (KU/l)	_____

FUNCIONAL HEPÁTICO

NO SI

Bilirrubina total (mg/dl); _____, _____

Bilirrubina conjugada (mg/dl); _____, _____

Bilirrubina no conjugada (mg/dl); _____, _____

HEMOGRAMA

NO SI

	Valor
Hemoglobina (gr/l)	_____
Hematocrito (%)	_____
Leucocitosis (mm ³)	_____
Plaquetas (mm ³)	_____

CRISIS SANGUINEA

INR _____ TP _____

IONOGRAMA SÉRICO (mEq/l) NO SI

Na	_____	Ca	_____
Cl	_____, ____	P	____, ____
K	____, ____	Mg	____, ____

IONOGRAMA URINARIO (mEq/l) NO SI

Na	_____	Ca	_____
Cl	_____, ____	P	____, ____
K	____, ____	Mg	____, ____

PROTEINOGRAMA NO SI

Proteínas totales (gr/dl): _____

Albumina (gr/dl): _____

GGlobulina (gr/dl): _____

BIOPSIA HEPÁTICA NO SI Fecha: ___/___/___

- Normal Patológica
 Esteatosis
 Depósitos intracitoplasmáticos
 No concluyente

Índice de act. inflam.: ___ / 18 Grado de fibrosis: ___ / 6

CICLOSPORINEMIA C0 _____ ng/ml

CICLOSPORINEMIA C2 _____ ng/ml

FKEMIA _____, ____ ng/ml

EVEROLIMUS _____, ____ ng/ml

COLANGIOGRAFÍA ERCP NO SI

- Normal Patológica

COLANGIOGRAFÍA TPH NO SI

- Normal Patológica

COLANGIOGRAFÍA RNM NO SI

- Normal Patológica

FIBROCOLONOSCOPIA NO SI

- Normal Patológica

FIBROGASTROSCOPIA NO SI

- Normal Patológica
 Gastropatía
 HT Portal
 Varices
 I II III IV

ECOGRAFÍA ABDOMINAL NO SI

	SI	NO
Hepatomegalia		
Lesiones focales hepáticas		
Vía biliar dilatada		
Esplenomegalia		
Líquido peritoneal		

ECODOPPLER ABDOMINAL NO SI

	SI	NO
Porta permeable		
Cava permeable		
Arteria hepática permeable		
Vena suprahepática permeable		

OTROS EXÁMENES

Cupruria (mg/24hs.): _____

Alfafetoproteína (UI/ml): _____

Ca19-9 (UI/ml): _____

CERULOPLASMINA (mg/l) _____

PCR RNA VHB: Positivo Negativo

Genotipo viral: ____

Carga viral al inicio de tratamiento:
 _____ UI/ml ____ x 10⁻ copias/ml.
 __, ____ Log

PCR RNA VHC: Positivo Negativo

Genotipo viral: ____

Carga viral al inicio de tratamiento:
 _____ UI/ml ____ x 10⁻ copias/ml.
 __, ____ Log

METABOLISMO DEL HIERRO

Hierro (ng/dl) _____

Ferritina (ng/ml) _____

Índice saturación Fe (ng/dl) _____

SEROLOGÍA

	Pos.	Neg.	Fecha		Pos.	Neg.	Fecha
VIH				ANCA			
AgHbs				TOXOPLASMA			
AcHbs				RUBEOLA:			
AcHbc				EPSTEIN BARR			
AcHVC				HERPES ZOSTER			
CMV: IgG				UROCULTIVO			
CMV: IgM				COPROCULTIVO			
VDRL				EXUDADO FARÍNGEO			
PPD				PCR Herp. II			
PCR Herp. I				MARC. ONCOGÉNICOS			
AcANA				Anti musculo liso			
Anti LKM				Anti mitocondrial			

Vacuna Hepatitis B: SI NO

VAT vigente: SI NO

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Droga	Si	Dosis (mg)
Azatriopina		
Micofenolato Mofetil		
Micofenolato Sódico		
Ciclosporina		
Tacrolimus		
Everolimus		
Ursofalk		

EVALUACIONES

HEMATOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

RESPIRATORIA Consulta: No Si
 Neumólogo: Normal
 Con observaciones _____

Fisioterapeuta: Normal
 Con observaciones _____

Espirometría: No Si Normal Alterada

GASTROENTEROLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Grado de desnutrición: Leve Moderado Severo

UROLÓGICA Consulta: No Si Normal

Con observaciones _____

OFTALMOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Fondo de ojo: No Si Normal Alterado
 Campimetría: No Si Normal Alterada
 Estudio Rosa de Bengala: No Si Positivo Negativo
 Lámpara de hendidura: No Si Anillo de Keyser Fletcher

NEUROLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

EEG: No Si Normal Alterado
 Estudio de conducción nerviosa: No Si Normal Alterado

CARDÍACA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

SIQUIÁTRICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

ODONTOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

INFECTOLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Urocultivo: No Si Normal Alterado
 Cultivo de expectoración: No Si Normal Alterado
 Cultivo bronqueo-alveolar: No Si Normal Alterado
 Hemocultivos: No Si Normales Alterados

NEFROLÓGICA Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Diagnóstico: No Si IRA IRC NTA

SICOSOCIAL Consulta: No Si Normal
 Con observaciones _____

Fecha del próximo control: ___/___/_____