

## **FORMULARIO de SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE PULMONAR**

Fecha del seguimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino  Masculino IMAE \_\_\_\_\_

### **Datos del trasplante:**

Fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Datos del seguimiento:**

Procedimientos realizados  No  Si

Fibrobroncoscopia:  No  Si

- Motivo:
- Control 15 días
  - Control 30 días
  - Control 60 días
  - Control 90 días
  - Control 180 días
  - Control anual
  - Sospecha de complicación

### **COORDINADOR DEL PROGRAMA**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Adjuntar informe del procedimiento y resultado de anatomía patológica**