

SEGUIMIENTO de TRASPLANTE CARDÍACO - ANUAL -

Fecha del control : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Datos del trasplante cardíaco

Fecha de realización: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___

Seguimiento pautado

- Marque el que corresponde -

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
	Quincenal 1	Quincenal 2	Quincenal 3	Mensual 1	Mensual 2	Mensual 3
	Bimensual 1	Bimensual 2	Anual 1	Trimestral 1	Trimestral 2	Trimestral 3
	Anual 2	Semestral 1	Anual 3	Semestral 2	Anual _____	Semestral ____

COORDINADOR DEL PROGRAMA

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

Situación del paciente al momento del seguimiento:

- Vivo
- Fallecido Fecha de fallecimiento: ___/___/___
- Perdido Fecha de último contacto: ___/___/___

INTERNACIÓN

Fecha de ingreso al control: ___/___/___ Fecha de egreso del control: ___/___/___

ESTUDIOS REALIZADOS

- ECG** NO
Fecha ___/___/___
- Normal QT largo
 - Isquemia probable Brugada
 - Isquemia definida HVI
 - IAM TV no sostenida
 - Cicatriz de infarto Otros
 - Arritmia
 - Trast. de conducción

- HOLTER:** NO
Fecha ___/___/___
- Normal
 - Anormal
 - TV no sostenida
 - Trastornos de conducción AV
 - Otros

EXÁMENES

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Hemograma		
Glicemia		
Orina		
Creatininemia		
Azoemia		
Crisis		
Funcional hepático		
Perfil lipídico		
Proteinograma		
Enzimograma cardíaco		
Ionograma		

- BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA** NO
Fecha ___/___/___
- Normal
 - Rechazo Grado: 1A 1B 2 3A 3B 4

CICLOSPORINEMIA Fecha: ___/___/___
_____, __ ng/ml

FKEMIA Fecha: ___/___/___
_____, __ ng/ml

EVEROLIMUS Fecha: ___/___/___
_____, __ ng/ml

- ECO DOPPLER COLOR** NO
Fecha ___/___/___
- Normal
 - Función sistólica normal
 - Función sistólica disminuida
 - leve moderada severa FEVI _____%
 - Alteraciones segmentarias
 - Hipertrofia de VI > de 15 mm
 - Dilatación del VI
 - Díastole final del VI _____mm
 - Sístole final del VI _____mm
 - Estenosis aórtica
 - moderada severa
 - Insuficiencia aórtica
 - moderada severa
 - Estenosis mitral
 - moderada severa
 - Insuficiencia mitral
 - moderada severa
 - Insuficiencia tricuspídea
 - moderada severa
 - Estenosis pulmonar
 - moderada severa
 - Otra valvulopatía _____
 - Otras alteraciones _____

Presión sistólica pulmonar _____ mmHg

- CATETERISMO CARDÍACO IZQUIERDO** NO
FEVI _____% Fecha ___/___/___
- Lesiones coronarias: Si No

- CATETERISMO CARDÍACO DERECHO** NO

Basal:

PAS: ___ PAPS: ___ VM: __, __ RP (UW): __, __
 PAD: ___ PAPD: ___ IC: __, __ FC: ___
 PAM: ___ PAPM: ___ GP: ___ AD: ___
 PEP: ___

Drogas:

PAS: ___ PAPS: ___ VM: __, __ RP (UW): __, __
 PAD: ___ PAPD: ___ IC: __, __ FC: ___
 PAM: ___ PAPM: ___ GP: ___ AD: ___
 PEP: ___

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Droga	Si	Dosis (mg)
Azatriopina		
Micofenolato Mofetil		
Micofenolato Sódico		
Ciclosporina		
Tacrolimus		
Everolimus		
Prednisona		
Otro corticoide		
Bactrim		

Droga	Si	Droga	Si
Bloqueantes		Hormonas tiroideas	
Antihipertensivos		Antitiroideos	
IECA		Angiagregantes plaquetarios	
Calcioantagonistas		AAS	
Antianginosos		Inhibidores GP lib/IIIa	
Niratos		Anticoagulantes orales	
Antiarrítmicos		Heparina	
Cardiotónicos		Hipolipemiantes	
Digoxina		Antidiabéticos orales	
Diuréticos		Insulina	
Antifibrinolíticos		Antiflamatorios sistémicos	
		AINE	

MODIFICACIONES: Si No

Droga	Si	Dosis (mg)
Azatriopina		
Micofenolato Mofetil		
Micofenolato Sódico		
Ciclosporina		
Tacrolimus		
Everolimus		
Prednisona		
Otro corticoide		
Bactrim		

Droga	Si	Droga	Si
Bloqueantes		Hormonas tiroideas	
Antihipertensivos		Antitiroideos	
IECA		Angiagregantes plaquetarios	
Calcioantagonistas		AAS	
Antianginosos		Inhibidores GP lib/IIIa	
Niratos		Anticoagulantes orales	
Antiarrítmicos		Heparina	
Cardiotónicos		Hipolipemiantes	
Digoxina		Antidiabéticos orales	
Diuréticos		Insulina	
Antifibrinolíticos		Antiflamatorios sistémicos	
		AINE	

EVALUACIONES

HEMATOLÓGICA	Consulta con hematólogo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
RESPIRATORIA	Consulta con neumólogo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____ Consulta con fisioterapeuta: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____ Espirometría: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada
GASTROENTEROLÓGICA	Consulta con gastroenterólogo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____ Ecografía abdominal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada
UROLÓGICA	Consulta con urólogo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
OFTALMOLÓGICA	Consulta con oftalmólogo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____ Fondo de ojo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Campimetría: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada
ODONTOLÓGICA	Consulta con odontólogo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
INFECTOLÓGICA	Consulta con infectólogo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____ Urocultivo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Cultivo de fauces: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Cultivo inguinal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Cultivo axilar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Hemocultivos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Alterados
PSIQUIÁTRICA	Consulta con psiquiatra: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____
SICOSOCIAL	Consulta: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con observaciones _____

Fecha de próximo control: ____/____/____