

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO A MÓDULO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

FECHA : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ Edad: _____ años _____ meses _____ días

Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Los datos que se solicitan en este formulario es imprescindible sean completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

ANTECEDENTES PERSONALES

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

- 1 - CARDIOVASCULARES** No Si
- Cardiopatía isquémica Marcapaso
 Cardiopatía valvular Arritmias
 Infarto de miocardio Insuficiencia cardíaca
 Fiebre reumática HTA
 Otros _____ FEVI (%): _____

- 2- NEUROLÓGICOS** No Si
- Epilepsia Aneurisma
 Stroke Otros _____

- 3- METABÓLICOS** No Si
- Diabetes mellitus Hipertiroidismo
 Tipo 1 Tipo 2 Hipotiroidismo
 Otros _____

- 4- NUTRICIONALES** No Si
- Obesidad Dislipemia
 Desnutrición grave Otro _____

- 5- RESPIRATORIOS** No Si
- EPOC Asma
 TEP
 Otro _____

- 6- RENALES** No Si
- Insuficiencia renal Aguda Crónica
 Diálisis

- 7- NEOPLÁSICOS EXTRA HEPÁTICOS** No Si
- Primario Secundario Organos: _____

Año del diagnóstico: _____

- 8- ADICCIONES** No Si
- Alcoholismo Drogas ilegales
 Benzodiazepinas Tabaquismo Otras _____

Abstinencia alcohólica: NO SI
 Tiempo de abstinencia: < 3m 3-6 m > 6m
 Adhesión documentada por psiquiatra: Si No
 Irregular

- 9- QUIRÚRGICOS** No Si
- Colectomía
 Otra cirugía de abdomen superior

- 10- INFECCIOSOS** No Si
- VIH Varicela
 Hepatitis Tuberculosis
 Otra infección extra hepática

activa intercurrente: Bacteriana
 Viral
 Fúngica
 Protozoos

- 11- OTROS** No Si
- Medio socio-económico Bueno Regular Malo
 Alergia conocida _____
 Patología urológica asociada

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL
Llenar sólo lo referente al último mes

Peso _____ kg Altura _____ cm
P.Torax _____ cm P.Axilar _____ cm P.Abdomen _____ cm

- Compensada
 No compensada
- Ascitis
 - Ascitis refractaria
 - Peritonitis bacteriana espontánea
 - Infecciones intercurrentes
 - Hemorragia digestiva alta
 - Síndrome hepato-renal
 - Falla hepática sub-aguda o grave
 - Insuficiencia hepática crónica descompensada
 - Hepato-carcinoma
 - Encefalopatía porto-sistémica --> Grado: 1/2 3/4
 - Recurrencia de la enfermedad
 - Diálisis renal
 - Otra situación clínica

Tiempo de evolución de la enfermedad: < 6 meses 6 meses-1 año 1 año-2 años 2 años-3 años > 3 años

Condición nutricional clínica: Buena Regular Mala

Clasificación de Child: A B C Valoración de riesgo: **MELD (>= 12 a.)**: ____ **PELD (< 12 a.)**: ____

ESTUDIOS REALIZADOS

PARACLÍNICA La información volcada en esta parte del formulario debe venir acompañada del informe del estudio realizado.

EXÁMENES

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Glicemia		
Orina		
Uricemia		
Creatininemia		
Azoemia		
Perfil lipídico		

ENZIMOGRAMA HEPÁTICO

NO SI

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

FUNCIONAL HEPÁTICO

NO SI

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

HEMOGRAMA

NO SI

	Valor
Hemoglobina (g/dl)	_____
Hematocrito (%)	_____
Leucocitosis (mm ³)	_____
Plaquetas (mm ³)	_____

CRISIS SANGUINEA

INR ____ TP ____ Factor V ____

IONOGRAMA SÉRICO (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

Cirrosis: NO SI

Diagnóstico basado en:

- Hígado heterogeneo
- Signos HIP
- Várices esofágicas
- Ascitis
- Insuficiencia hepática

ECG

NO SI

Normal Arritmia Otros
 HVI IAM

ECO DOPPLER COLOR NO SI

- Normal
- Función sistólica normal
- Función sistólica disminuida
 - leve moderada severa FEVI _____%
- Hiperquinesia
- Función VD normal
- Función VD patológica
- Hipertensión pulmonar: 25-35
- Hipertensión pulmonar: 35-50
- Hipertensión pulmonar: > 50
- Jet tricuspídeo

CENTELLOGRAMA ÓSEO NO SI

- Normal Patológico

TAC de abdomen: NO SI

- Normal Patológica
- Nódulos hepáticos N° ____ Colección
- Dilatación de vía biliar Otro resultado

RNM de abdomen: NO SI

- Normal Patológica
- Nódulos hepáticos N° ____ Colección
- Dilatación de vía biliar Porta permeable
- Mesentérica permeable Otro resultado

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		

ARTERIOGRAFÍA: NO SI

- Normal Patológica
- Arteria hepática permeable Otro resultado
- Vena porta permeable
- Eje esplanomesentérico permeable

SEROLOGÍA

	Fecha	Pos.	Neg.
VIH			
AgHbs			
AcHbs			
AcHbc			
AcHVC			
CMV: IgG			
CMV: IgM			
VDRL			
PPD			

Vacuna Hepatitis B: SI NO

MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el médico tratante por un período mayor a un mes

Droga	Si	Dosis (mg)
Espironolactona		
Furosemide		
Propanolol		
Lactulosa		
Ursosfalk		

Droga	Si	Dosis (mg)
Norfloxacina		
Otra		

Identificación conceptual de la necesidad de trasplante hepático y nivel de priorización:

DIAGNÓSTICO

1- ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

a) Parenquimatosas:

- Cirrosis etílica Cirrosis por VHC
 Cirrosis autoinmune Cirrosis por VHB

b) Colestásicas:

- Cirrosis biliar primaria Atresia de vías biliares
 Colangitis esclerosante primaria
 Cirrosis biliar secundaria

c) Vasculares

- Síndrome Budd-Chiari Enfermedad veno-oclusiva

2- INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA

- Infecciones virales A B C Herpes
 Tóxicos Causa desconocida
 Medicamentosa Otra causa

3- TUMORES HEPÁTICOS

a) Primarios

- Hepatocarcinoma Colangiocarcinoma
 Hepatocarcinoma fibrolamelar Hepatoblastoma

b) Secundarios

- Hemangioendotelioma epitelióide
 Metástasis de tumores neuroendócrinos

4- ENFERMEDADES METABÓLICAS

- Hemocromatosis Enfermedad de Wilson
 Deficit de alfa1 antitripsina Polineuropatía
 Hiperoxaluria primaria amiloidótica familiar

5- OTRAS

- Poliquistosis hepática Traumatismo hepático
 Hiperplasia nodular regenerativa

6- RE-TRASPLANTES

a) Urgente

- Fallo primario del injerto Complicación técnica
 Trombosis de la art. hepática Rechazo hiperagudo

b) Electivo

- Rechazo crónico Recidiva de enferm.de base
 Consecuencias tardías de complicaciones vasculares o biliares.