

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRASPLANTE HEPÁTICO

FECHA : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

Procedimiento: a coordinar: Fecha de coordinación: ___/___/___

ya realizado: Fecha de realización: ___/___/___

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

1- ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

a) Parenquimatosas:

- Cirrosis etílica
- Cirrosis por VHC
- Cirrosis por VHB
- Cirrosis por VHA
- Cirrosis autoinmune

b) Colestásicas:

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

c) Vasculares

- Síndrome Budd-Chiari
- Enfermedad veno-oclusiva

2- INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA

- Infecciones virales
- Tóxicos
- Medicamentosa
- Otra causa

3- TUMORES HEPÁTICOS

a) Primarios

- Hepatocarcinoma
- Colangiocarcinoma
- Hepatocarcinoma ibrolamelar
- Hepatoblastoma

b) Secundarios

- Hemangioendotelioma epitelioides
- Metástasis de tumores neuroendócrinos

4- ENFERMEDADES METABÓLICAS

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

5- OTRAS

- Poliquistosis hepática
- Hiperplasia nodular regenerativa
- Traumatismo hepático

6- RE-TRASPLANTES

a) Urgente

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

b) Electivo

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

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Trasplante hepático