COMPLICACIONES de PRE-TRASPLANTE PULMONAR

Nombre del paciente _____ **C.I.**_____

N° de registro FNR: _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Sexo: ☐ Femenino
☐ Masculino IMAE _____

MEDICO RESPONSABLE

Nº de caja profesional_____ Nombre _____

Firma _____

DATOS DE LA COMPLICACIÓN:

Fecha de ingreso: ____/____/_____

Lugar de internación: CTI (Horas): _ _ _ _
CI (Horas): _ _ _ _
Sala (Días): _ _ _ , _

ESTADO AL ALTA

☐ Vivo Fecha de alta: ___/___/_____ ☐ Fallecido Fecha de fallec.: ___/___/____

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN

Complicaciones pre-trasplante

Fecha de ingreso a lista de espera de emergencia: ____/____/_____

Días de ECMO: _ _ _

CONSIDERACIONES

INGRESO POR SISTEMA