

COMPLICACIONES de TRASPLANTE RENAL

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Sexo: Femenino Masculino N° de registro FNR: _____
IMAE _____

Datos del trasplante renal

Fecha de realización: ___/___/___ N° de trasplante: ___

MEDICO RESPONSABLE

N° de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

DATOS DE LA COMPLICACIÓN:

Fecha de ingreso: ___/___/___

Condición al alta:

Vivo Fecha de alta: ___/___/___ Fallecido Fecha de fallec.: ___/___/___

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN

- Colecciones perirrenales → Urinarias Abscesos Hematomas Otras
 Rechazo → Hiperagudo Agudo Crónico
 Nefrotoxicidad farmacológica
 Complicaciones vasculares → Estenosis Dehiscencia de sutura
 Alteración del sistema colector → Estenosis Reflujo vesico uret. Fistulización
 Afección del parénquima → Glomerulopatías Pielonefritis Hidronefrosis Uropatía obstructiva
 Agravación de insuficiencia renal
 Nefropatía crónica del injerto
 Enfermedad por CMV
 Otras causas

ESTUDIOS REALIZADOS

- PBR Tomografías Ecografía Centellograma Ecodoppler renal
 Pielografía Arteriografía renal Ureterocistografía Citoscopía Dosific. de drogas
 Eco TE Eco TT Otros

OTROS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

- Hemodiálisis Reimplante del uréter
 Diálisis peritoneal LEOC
 Hemofiltración continua Transfusión de GR
 Trasplantectomía Intervención quirúrgica
 Corrección quirúrgica e RVU de riñón trasplantado Anti CD3
 Extracción de cateter doble J Reparación de eventración
 Nefrostomía Exploración quirúrgica
 PNP Plasmaferesis
 Angioplastia percutánea de la arteria renal Otros

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Punción biopsica renal: No Si Proveedor: _____

- Estudio inmunohistopatológico Cuantos: _____
 Estudio histopatológico Cuantos: _____
 Estudio de riñón Cuantos: _____

Biopsia de páncreas: No Si

Cantidad de estudios: _____ Proveedor: _____

Plasmaféresis: No Si Proveedor: _____

Cantidad de sesiones: _____

Hemodiálisis: No Si

Cantidad de sesiones: _____

Proveedor: _____

Medicación: No Si

| Medicación | Si | Cantidad de ampollas |
|---|----|----------------------|
| ANTICUERPOS ANTI CD 25 - BASILIXIMAB - SIMULECT - 20 MG. GRAMON BAGO DE URUGUAY S.A. | | |
| RITUXIMAB- MABTHERA - 500 MG. X 1 VIAL - LABORATORIO ROCHE | | |
| RITUXIMAB- MABTHERA - 100 MG. X 2 VIALES - LABORATORIO ROCHE | | |
| INMUNOGLOBULINA ANTI-TIMOCITO - TIMOGLOBULINA - 25 MG. LABORATORIOS SANOFI | | |
| INMUNOGLOBULINA ANTI-LINFOCITO ATG FRESENIUS 20 MG/1ML | | |
| INMUNOGLOBULINA POLIVALENTE 5 G AMPOLLA -LABORATORIO SCIENZA | | |