

## COMPLICACIONES de TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO

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  Citoscopia  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  Reparación de eventración  
 Extracción de cateter doble J  Exploración quirúrgica  
 Nefrostomía  Plasmaferesis  
 PNP  Otros  
 Angioplastia percutánea de la arteria renal

**PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS**

Punción biópsica renal:     No     Si                      Proveedor: \_\_\_\_\_

- Estudio inmunohistopatológico    Cuantos: \_\_\_\_\_
- Estudio histopatológico              Cuantos: \_\_\_\_\_
- Estudio de riñón                        Cuantos: \_\_\_\_\_

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 20 MG		
RITUXIMAB- 500 MG. X 1 VIAL		
RITUXIMAB- 100 MG. X 2 VIALES		
INMUNOGLOBULINA ANTI-TIMOCITO - TIMOGLOBULINA - 25 MG.		
SOLUCIÓN CONSERVADORA DE ÓRGANOS (CUSTODIOL) X LT		