

COMPLICACIONES de TRASPLANTE CARDÍACO

Fecha del control : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Datos del trasplante cardíaco

Fecha de realización: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___

Fecha de último control: ___/___/___

COORDINADOR DEL PROGRAMA

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

Situación del paciente al alta:

Vivo
 Fallecido Fecha de fallecimiento: ___/___/___

DATOS DE LA COMPLICACIÓN

Fecha de ingreso: ___/___/___ Fecha de egreso: ___/___/___

Complicación por : Infección
 Rechazo

Resumen:
.....
.....
.....
.....

ESTUDIOS REALIZADOS

- ECG** NO
Fecha ___/___/___
- Normal QT largo
 - Isquemia probable Brugada
 - Isquemia definida HVI
 - IAM TV no sostenida
 - Cicatriz de infarto Otros
 - Arritmia
 - Trast. de conducción

- HOLTER:** NO
Fecha ___/___/___
- Normal
 - Anormal
 - TV no sostenida
 - Trastornos de conducción AV
 - Otros

EXÁMENES

| | NORMAL | ANORMAL |
|----------------------|--------|---------|
| Rx de tórax | | |
| Hemograma | | |
| Glicemia | | |
| Orina | | |
| Creatininemia | | |
| Azoemia | | |
| Crisis | | |
| Funcional hepático | | |
| Perfil lipídico | | |
| Proteinograma | | |
| Enzimograma cardíaco | | |
| Ionograma | | |

- BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA** NO
Fecha ___/___/___
- Normal
 - Rechazo Grado: 1A 1B 2 3A 3B 4

CICLOSPORINEMIA Fecha: ___/___/___
_____, __ ng/ml

FKEMIA Fecha: ___/___/___
_____, __ ng/ml

EVEROLIMUS Fecha: ___/___/___
_____, __ ng/ml

- ECO DOPPLER COLOR** NO
Fecha ___/___/___

- Normal
- Función sistólica normal
- Función sistólica disminuida
 - leve moderada severa FEVI _____%
- Alteraciones segmentarias
- Hipertrofia de VI > de 15 mm
- Dilatación del VI
 - Diástole final del VI _____mm
 - Sístole final del VI _____mm
- Estenosis aórtica
 - moderada severa
- Insuficiencia aórtica
 - moderada severa
- Estenosis mitral
 - moderada severa
- Insuficiencia mitral
 - moderada severa
- Insuficiencia tricuspídea
 - moderada severa
- Estenosis pulmonar
 - moderada severa
- Otra valvulopatía _____
- Otras alteraciones _____

Presión sistólica pulmonar _____ mmHg

- CATETERISMO CARDÍACO IZQUIERDO** NO

FEVI _____ % Fecha ___/___/___

Lesiones coronarias: Si No

- CATETERISMO CARDÍACO DERECHO** NO

Basal:

PAS: ___ PAPS: ___ VM: __, __ RP (UW): __, __

PAD: ___ PAPD: ___ IC: __, __ FC: ___

PAM: ___ PAPM: ___ GP: __ AD: __

PEP: ___

Drogas:

PAS: ___ PAPS: ___ VM: __, __ RP (UW): __, __

PAD: ___ PAPD: ___ IC: __, __ FC: ___

PAM: ___ PAPM: ___ GP: __ AD: __

PEP: ___

EVALUACIONES

HEMATOLÓGICA Consulta con hematólogo: No Si
 Normal
 Con observaciones _____

RESPIRATORIA Consulta con neumólogo: No Si
 Normal
 Con observaciones _____
 Consulta con fisioterapeuta: No Si
 Normal
 Con observaciones _____
 Espirometría: No Si Normal Alterada

GASTROENTEROLÓGICA Consulta con gastroenterólogo: No Si
 Normal
 Con observaciones _____
 Ecografía abdominal: No Si Normal Alterada

UROLÓGICA Consulta con urólogo: No Si
 Normal
 Con observaciones _____

OFTALMOLÓGICA Consulta con oftalmólogo: No Si
 Normal
 Con observaciones _____
 Fondo de ojo: No Si Normal Alterado
 Campimetría: No Si Normal Alterada

ODONTOLÓGICA Consulta con odontólogo: No Si
 Normal
 Con observaciones _____

INFECTOLÓGICA Consulta con infectólogo. No Si
 Normal
 Con observaciones _____
 Urocultivo: No Si Normal Alterado
 Cultivo de fauces: No Si Normal Alterado
 Cultivo inguinal: No Si Normal Alterado
 Cultivo axilar: No Si Normal Alterado
 Hemocultivos: No Si Normales Alterados

PSIQUIÁTRICA Consulta con psiquiatra: No Si
 Normal
 Con observaciones _____

SICOSOCIAL Consulta: No Si
 Normal
 Con observaciones _____

Fecha de próximo control: ____/____/____