

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN PRE-TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

IMAE _____

=====

Fecha de ingreso a evaluación: ____/____/____

Médico responsable evaluación: N° CP _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ____/____/____

Pasa a: Institución de origen Domicilio Otro

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ____/____/____

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN:

Paciente apto para TR Paciente NO apto TR

Tiene indicación de tratamiento de desensibilización? No Si

ESTUDIOS REALIZADOS

HEMOGRAMA

NO SI

	Valor
Hemoglobina (g/dl)	___
Leucocitosis (mm ³)	_____
Plaquetas (mm ³)	_____

FUNCIÓN RENAL

NO SI

Azoemia (mg/dl): ___

Creatininemia (mg/dl): __, ___

Filtrado glomerular estimado (ml/min): ___

PROTEINOGRAMA

NO SI

Proteínas totales (gr/dl): ____, ___

Albúmina (gr/dl): ____, ___

EXAMENES	No	Si	RESULTADO	
			Normal	Alterado
Ionograma				
Glicemia				
Funcional Hepático				
Enzimograma Hepático				
Uricemia				
Crisis sanguínea				
Perfil lipídico				
Orina				
Urocultivo				

EVALUACIÓN INFECTOLÓGICA	No	Si	RESULTADO	
			POS	NEG
PPD				
IGRA				
VDRL				
AgHbs				
AcHbs				
AcHbc				
AcHVC				
AcHAV IgG				
HIV				
CMV IgG				
EV8 IgG				
Toxoplasma IgG				
Chagas				
HTLV I y II				
PCR BK virus				

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TROMBOSIS (En pacientes con antecedentes)	No	Si	RESULTADO	
			POS	NEG
Mutación de Leiden (Factor V)				
Mutación 20210 (Factor Protombina)				
Antitrombina III				
Proteína C funcional				
Proteína S funcional				
AC antifosfolidico				
Hemocisteína				

TIPIFIACIÓN: ABO: A B 0 AB

RH: Positivo Negativo

EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR	No	Si	RESULTADO	
			Normal	Alterado
ECG				
Ecocardiograma Doppler Color				
Radiografía de Tórax				

Observaciones:

EVALUACIÓN UROLÓGICA	No	Si	RESULTADO	
			Normal	Alterado
Ureterocistografía retrógrada				
Urodinamia				
Ecografía de abdomen y aparato urinario con medida de VRPM				

Observaciones:

EVALUACIONES CLÍNICAS

Nefrólogo Pediatra Consulta: NO SI

Resultado: Normal Con observaciones: _____

Urólogo Consulta: NO SI

Resultado: Normal Con observaciones: _____

Cirujano Consulta: NO SI

Resultado: Normal Con observaciones: _____

Asistente social Consulta: NO SI

Resultado: Normal Con observaciones: _____

Psicólogo Consulta: NO SI

Resultado: Normal Con observaciones: _____

Test de calidad de vida? NO SI

Nombre del test: _____

Resultado del test _____

Adjuntar:

- Informe Médico de evaluación pre trasplante, en formato electrónico.
- Copia de paraclínica y estudios realizados durante la evaluación.