

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO
A EVALUACIÓN PRE - TRASPLANTE PULMONAR**

FECHA : __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____

Edad: ____ años ____ meses ____ días

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

CENTRO DE REFERENCIA : _____

MEDICO SOLICITANTE:

CI: _____ Nombre _____ Firma _____

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A ESTE FORMULARIO:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Resumen de HC | ☐ Espirometría | ☐ ECG |
| ☐ Rx de tórax | ☐ Volúmenes pulmonares | ☐ Eco doppler cardíaco |
| ☐ TACAR de tórax | ☐ Gasometría arterial | ☐ Exámenes laboratorio |
| ☐ TAC senos faciales | ☐ Test marcha 6 min. | ☐ Serologías |

ANTECEDENTES PERSONALES

Consumo de drogas ☐ No ☐ Si

- ☐ Tabaquismo activo.
☐ Ex fumador. Tiempo de abstinencia(m): ____
☐ Alcoholismo
☐ Ex alcoholista Tiempo de abstinencia(m): ____
☐ Cannabis
☐ Otras

Cardiovasculares ☐ No ☐ Si

- ☐ Cardiopatía isquémica
☐ Valvulopatías
☐ Arritmias
☐ HTA
☐ Otros

Metabólicos ☐ No ☐ Si

- ☐ Diabetes
☐ Hipertiroidismo
☐ Hipotiroidismo
☐ Otros

Nefrourológicos ☐ No ☐ Si

- ☐ Insuficiencia renal
☐ Litiasis
☐ Otros

Neoplasia extrapulmonar ☐ No ☐ Si

☐ Primario ☐ Secundario Organos: _____
Fecha del diagnóstico: __/__/__
Fecha alta oncológica: __/__/__

Quirúrgicos ☐ No ☐ Si

- ☐ Cirugía de tórax
☐ Pleurodesis
☐ Otros

Infecciones ☐ No ☐ Si

- ☐ VIH
☐ Tuberculosis
☐ Hepatitis
☐ Varicela
☐ Otros

Medio Socioeconómico: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
Soporte familiar: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Tipo de trasplante: ☐ Unipulmonar ☐ Bipulmonar

Peso (kg): ____ , ____ Talla (cm): ____ IMC: ____ , ____

Disnea clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Insuficiencia respiratoria: ☐ Tipo I ☐ Tipo II

Oxigenoterapia: ☐ Si ☐ No

Ventilación no invasiva: ☐ Si ☐ No

Insuficiencia cardíaca derecha: ☐ Si ☐ No

Comentarios:

MEDICACIÓN Y OTROS TRATAMIENTOS QUE RECIBE EL PACIENTE

☐ Broncodilatadores

☐ Diuréticos

☐ Medicación específica de hipertensión pulmonar

☐ Rehabilitación respiratoria

DIAGNÓSTICO

☐ Enfisema

☐ Fibrosis Pulmonar

☐ Fibrosis Quística

☐ Bronquiectasias

☐ Hipertensión Pulmonar

☐ Otros

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

☐ Ingreso a evaluación pre-Trasplante pulmonar

Adjuntar resumen de historia clínica