

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRASPLANTE CARDÍACO

### ADULTO - 18 años en adelante

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Nº de registro F.N.R. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días

Sexo:  Femenino  Masculino

IMAE \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a lista de espera para trasplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de realización del trasplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### MEDICO SOLICITANTE:

Nº de CP \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar de acuerdo a la edad del paciente)

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

##### 1 - CARDIOVASCULARES

Si  No

- Cardiopatía isquémica
- Cardiopatía valvular
- Enfermedad vascular periférica
- Insuficiencia cardíaca Clase funcional NYHA:  1  2  3  4
- Muerte súbita
- Arritmias  TV  FV  FA  BAV II / III  Otras
- Síncope
- Cardiopatía congénita Tipo \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

##### 2 - INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES PREVIAS

Si  No

- Cateterismo cardíaco:  Diagnóstico  Intervencionista
- Valvuloplastia:  Aórtica  Pulmonar  Otra
- Angioplastia coronaria
- Cirugía cardíaca:  By-pass coronario  Valvular  Otra
- Intervención cardiopatía congénita.
- Trasplante cardíaco
- Marcapaso
- Cardiodesfibrilador
- Resincronizador
- Otro procedimiento

Observaciones: \_\_\_\_\_

**3 - ANTECEDENTES GENERALES**

Si  No

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EPOC                   | <input type="checkbox"/> Alcoholismo         | <input type="checkbox"/> Síndrome de apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Diálisis               | <input type="checkbox"/> Drogadicción        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal    | <input type="checkbox"/> Hepatopatía         | <input type="checkbox"/> Chagas                      |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la crisis | <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo | <input type="checkbox"/> VIH                         |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia              | <input type="checkbox"/> ACV                 | <input type="checkbox"/> Otros                       |

Primer diagnóstico de falla cardíaca dentro de los últimos 18 meses?  Si  No

Internaciones por falla cardíaca en el último año?  Si  No

**4 - FACTORES DE RIESGO VASCULAR**

Si  No

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial  | <input type="checkbox"/> Tabaquismo previo | <input type="checkbox"/> Dislipemia                                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes-> <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Tabaquismo actual | <input type="checkbox"/> AF coronarios y/o muerte súbita < 55 años |

**5 - DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actividad irrestricta             | <input type="checkbox"/> Actividad muy limitada  |
| <input type="checkbox"/> Actividad normal con limitaciones | <input type="checkbox"/> Incapacidad de cuidarse |

**SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL**

Llenar sólo lo referente al último mes

Insuficiencia cardíaca congestiva Clase funcional NYHA:  1  2  3  4

Inestabilidad hemodinámica

Inotrópicos i/v

Dolor anginoso estable

Dolor anginoso inestable

Arritmia

Fibrilación/flutter auricular

Flutter/taquicardia ventricular

Bradicardia

Bloqueo cardíaco →  marcapaso

Muerte súbita

Fibrilación ventricular

PCR

Otras \_\_\_\_\_

ARM

Shock cardiogénico

BIAC

Taponamiento cardíaco

Síncope

Hipoperfusión periférica

Ausencia de pulsos

Hipertensión pulmonar

Hipertensión arterial sistémica

Crisis de cianosis

Cianótico

Presión arterial sistólica habitual en reposo: \_\_\_ \_\_\_ mmHg

Peso \_\_\_\_\_ kg      Altura \_\_\_\_\_ cm      IMC: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Saturación de oxígeno \_\_\_\_\_ %

**ESTUDIOS REALIZADOS**

La información volcada en esta parte del formulario debe venir acompañada del informe del estudio realizado

**EXÁMENES RECIENTES**

Natremia (meq/l) \_\_\_\_\_  
Creatinimemia(mg/dl) \_\_\_\_\_,  
Bilirrubina total (mg/dl): \_\_\_\_\_,  
Albúmina (gr/l): \_\_\_\_\_

**ECOCARDIOGRAMA**  SI  NO  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FEVI \_\_\_\_\_% FEVD \_\_\_\_\_%

- Alteraciones segmentarias
- Dilatación del VI  
Dilatación final del VI \_\_\_\_\_mm  
Sístole final del VI \_\_\_\_\_mm
- Estenosis aórtica
- Insuficiencia aórtica
- Estenosis mitral
- Insuficiencia mitral
- Insuficiencia tricuspídea
- Estenosis pulmonar
- Patrón restrictivo
- Disfunción diastólica del V. Izquierdo
- Hipertrofia de ventrículo izquierdo
- Dilatación de ventrículo derecho
- Disfunción diastólica del V. Derecho
- Hipertrofia del V. Derecho
- Otras alteraciones \_\_\_\_\_

Medición de PSAP?  NO  SI  
Valor: \_\_\_\_\_ mmHg

**CATETERISMO CARDÍACO DERECHO**  NO

Basal:

PAS: \_\_\_ PAPS: \_\_\_ VM: \_\_, \_\_ RP (UW): \_\_, \_\_  
PAD: \_\_\_ PAPD: \_\_\_ IC: \_\_, \_\_ FC: \_\_\_  
PAM: \_\_\_ PAMP: \_\_\_ GP: \_\_\_ AD: \_\_\_  
PEP: \_\_\_

Drogas:

PAS: \_\_\_ PAPS: \_\_\_ VM: \_\_, \_\_ RP (UW): \_\_, \_\_  
PAD: \_\_\_ PAPD: \_\_\_ IC: \_\_, \_\_ FC: \_\_\_  
PAM: \_\_\_ PAMP: \_\_\_ GP: \_\_ AD: \_\_\_  
PEP: \_\_\_

**SEROLOGÍA**

**VIH:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**AgHBs:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**AchBs:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**AchBc:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**AchVC:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**PCR viral:** (Si AchVC es positivo)  
Resultado:  Positivo  Negativo

**CMV:**  NO  SI  
IgG:  Positivo  Negativo  
IgM:  Positivo  Negativo

**VDRL:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**CHAGAS:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**TOXOPLASMA:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**EPSTEIN BARR:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**HERPES ZOSTER:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**EXUDADO NASAL E. AUREUS:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo  Pendiente

**PPD:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**IGRA:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**MARCADORES ONCOGÉNICOS:**  NO  SI  
Cuál? \_\_\_\_\_

Resultado:  Positivo  Negativo

**HERPES SIMPLE:**  NO  SI  
Resultado:  Positivo  Negativo

**Plan de vacunaciones acorde a recomendaciones del MSP?**  NO  SI

### DATOS DEL RECEPTOR

Raza:  Negra  Otra

ABO:  A  B  AB  O

RH:  Negativo  Positivo

Anticuerpos HLA al momento de asignación:

Anticuerpos reactivos contra panel (PRA): \_\_\_\_\_%

Screening clase I (SC1):  Negativo  Positivo

Screening clase II (SC2):  Negativo  Positivo

*Completar si resultado de SC1 o SC2 es positivo:*

DSA Clase I:  Negativo  Positivo  No informado

DSA Clase II:  Negativo  Positivo  No informado

MFI informado:  NO  SI

Resultado:  menor que  Igual que  mayor que  
Valor: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL DONANTE NO SI

ABO:  A  B  AB  O

RH:  Negativo  Positivo

### MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el médico tratante por un período mayor a un mes

- B BLOQUEANTES
- ANTIHIPERTENSIVOS
  - IECA
  - Calcioantagonistas
  - ARA II
  - Hidralazina
- ANTIANGINOSOS
  - Nitratos
- ANTIARRITMICOS
  - Amiodarona
- CARDIOTÓNICOS
  - Digoxina

- ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS
  - AAS
  - Tienopiridinas
- ESTATINAS
- INSULINA
- TRATAMIENTO PARA HIPERTENSIÓN PULMONAR
  - Inhibidores de la fosfodiesterasa 5
- DIURÉTICOS
  - Antialdosterónicos
  - De asa
  - Tiazídicos
- Otra \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

**AFECCIÓN MIOCÁRDICA PRIMARIA**  NO  SI

- Miocardiopatía hipertrófica
- Miocardiopatía dilatada no isquémica
- Miocardiopatía restrictiva infiltrativa
- Miocardiop. restric. no infiltrativa o por depósito
- Otra afección miocárdica primaria

**CARDIOMIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA**

NO  SI

**CARDIOMIOPATÍA VALVULAR**  NO  SI

**CARDIOPATÍA CONGÉNITA**  NO  SI

Especificar:

---

**PERICARDIO**  NO  SI

- Pericarditis constrictiva

**FALLA TRASPLANTE PREVIO**  NO  SI

**OTRO DIAGNÓSTICO**  NO  SI

Especificar:

---

## PROCEDIMIENTO PROPUESTO

TRASPLANTE CARDÍACO

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INGRESO POR SISTEMA