

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRASPLANTE CARDÍACO

### INFANTIL - menos de 18 años

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 caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

## ANTECEDENTES PERSONALES

Edad gestacional \_\_\_\_\_ semanas

- Diagnóstico fetal de cardiopatía congénita  
Cual \_\_\_\_\_
- Diagnóstico de cardiopatía cong. al nacimiento  
Cual \_\_\_\_\_
- Procedimientos quirúrgicos no cardiovasculares
- Anomalías cromosómicas
- Anomalías asociadas

## PROCEDIMIENTOS CARDÍACOS PREVIOS

- Cateterismo cardíaco      Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - Diagnóstico
  - Intervencionista
- Angioplastia
  - Aórtica       con stent
  - Pulmonar     con stent
  - Otra
- Valvuloplastia
  - Aórtica
  - Pulmonar
  - Otra
- Atrioseptostomía
- Cierre de PDA
- Cierre de CIA
- Cierre de CIV
- Cierre de vasos anormales o comunicaciones vasculares persistentes.
- Trasplante cardíaco
- Marcapaso
  - Epimiocárdico
  - Intracavitario
- Cardiodesfibrilador
- Cirugía cardíaca      Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Proced. \_\_\_\_\_
- Otro procedimiento

## SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Peso \_\_\_\_\_ kg.    Altura \_\_\_\_\_ cm.

- Sintomático
- Asintomático
- Hipertensión arterial pulmonar
  - < P. sistémica
  - = P. sistémica
  - > P. sistémica

Hipertensión arterial sistémica

Saturación de oxígeno \_\_\_\_\_ %

PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg

- Crisis de cianosis
- Muerte súbita

Resumen clínico: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

**ESTUDIOS REALIZADOS**

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

**ECG**

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

- Normal
- Isquemia probable
- Isquemia definida
- IAM
- Cicatriz de infarto
- Arritmia \_\_\_\_\_
- Trast. de conducción \_\_\_\_\_
- QT largo
- Brugada
- HVI
- TV no sostenida
- Otros

**HOLTER:**

NO  
Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Normal
- Anormal
- TV no sostenida
- Trastornos de conducción AV
- Otros

**ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO:**

NO  
Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Normal
- Anormal
- Induce TV sostenida
- Induce TV no sostenida
- Induce FV
- Intervalo HV prolongado \_\_\_\_\_ms
- Disfunción sinusal
- Otros

**EXÁMENES RECIENTES**

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Hemograma		
Glicemia		
Orina		
Creatinemia		
Azoemia		
Crisis		
Funcional hepático		
Perfil lipídico		
Proteinograma		
Enzimograma cardíaco		

**DIGOXINEMIA**

NO Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Digoxinemia \_\_\_\_\_

**CATETERISMO CARDÍACO IZQUIERDO**

NO

FEVI \_\_\_\_\_ % Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Coronarias normales
- Lesiones coronarias signif. No revascularizables

**BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA**

NO

- Normal
  - Patológica
- Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ECOCARDIOGRAMA**

NO

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

- Ductus:  SI  NO
- Anomalía del retorno venoso sistémico:  SI  NO
- Anomalaía del retorno venoso pulmonar:  SI  NO
- Concordancia atrio-ventricular:  SI  NO
- Concordancia ventriculo-arterial:  SI  NO
- Septum interauricular indemne:  SI  NO
- Septum interventricular indemne:  SI  NO
- Ventriculos normales
- Ventriculo único
- Ventriculo hipoplásico
- Ventriculo con doble salida
- Ventriculo – otro
- Arterias coronarias:  normales  anormales
- Arteria aorta:  normal  Interrupción del arco aórtico
- Coartación
- Otros
- Arteria pulmonar:  normal  Estenosis/atresia
- confluyente
- no confluyente
- Válvula tricúspide:  normal  displásica
- estenosis
- insuficiencia
- atresia
- Enf.de Ebstein
- Válvula mitral:  normal  displasia
- estenosis
- insuficiencia
- Valvula aórtica:  normal  estenosis
- insuficiencia
- Válvula pulmonar:  normal  estenosis
- insuficiencia
- P.Sistólica de art. Pulmonar: \_\_\_\_\_ mmHg
- Otra alteración \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_

## SEROLOGÍA

**VIH :** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**AgHbs:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**AcHbs:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo **Vacuna Hepatitis B:**  SI  NO  
**AcHbc:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**AchVC:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo

**CMV:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **IgG:**  Positivo  Negativo **IgM:**  Positivo  Negativo  
**VDRL:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**CHAGAS** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**VARICELA:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**TOXOPLASMA:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**RUBEOLA:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**EPSTEIN BARR:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**HERPES ZOSTER:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**UROCULTIVO:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**COPROCULTIVO:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**EXUDADO FARÍNGEO:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**PPD:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo  
**MARCADORES ONCOGÉNICOS:** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positivo  Negativo

## TIPIFICACIÓN

Tipificación	ABO	HLA A	HLA B	HLA DR	HLA DQ
<b>DADOR</b>					
<b>RECEPTOR</b>					
Prueba cruzada					

## MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B BLOQUEANTES                     | <input type="checkbox"/> TIROIDES                     |
| <input type="checkbox"/> ANTIHIPERTENSIVOS-VASODILATADORES | <input type="checkbox"/> Hormonas tiroideas           |
| <input type="checkbox"/> IECA                              | <input type="checkbox"/> Antitiroideos                |
| <input type="checkbox"/> Calcioantagonistas                | <input type="checkbox"/> ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS  |
| <input type="checkbox"/> ANTIANGINOSOS                     | <input type="checkbox"/> AAS                          |
| <input type="checkbox"/> Nitratos                          | <input type="checkbox"/> INHIBIDORES GP IIb / IIIa    |
| <input type="checkbox"/> ANTIARRITMICOS                    | <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTES ORALES       |
| <input type="checkbox"/> CARDIOTÓNICOS                     | <input type="checkbox"/> HEPARINA                     |
| <input type="checkbox"/> Digoxina                          | <input type="checkbox"/> HIPOLIPEMIANTES              |
| <input type="checkbox"/> DIURÉTICOS                        | <input type="checkbox"/> ANTIDIABÉTICOS ORALES        |
| <input type="checkbox"/> ANTIFIBRINOLÍTICOS                | <input type="checkbox"/> INSULINA                     |
|  | <input type="checkbox"/> ANTIINFLAMATORIOS SISTÉMICOS |
|  | <input type="checkbox"/> AINE                         |

### RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

- Buena  Regular  Mala

