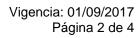
Vigencia: 01/09/2017 Página 1 de 4



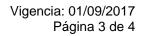
FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

FECHA:/					
Nombre del paciente		C.I			
Nº de registro F.N.R		d: añosmeses días			
Sexo: □ Femenino □ Masculi	no IMAE	AE			
MEDICO SOLICITANTE:	Gastroenterólogo o	internista tratante:			
Nº de caja profesional	Nombre	Firma			
Tipo de trasplante:	□ Hepático □ He	pato-renal			
ANTECEDENTES PERSONALES Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.					
1 - CARDIOVASCULARES	□ No □ Si	Año del diagnóstico:			
☐ Cardiopatía isquémica	□ Marcapaso	Alta oncológica: □ No □ Si Fecha://			
□ Cardiopatía valvular □ Infarto de miocardio	□ Arritmias □ Insuficiencia cardíaca	8- ADICCIONES □ No □ Si			
□ Fiebre reumática □ Otros	□ HTA FEVI (%):	☐ Alcoholismo ☐ Drogas ilegales ☐ Tabaquismo ☐ Otras			
2- NEUROLÓGICOS	□ No □ Si	Abstinencia alcóholica:			
☐ Epilepsia ☐ Aneu ☐ Stroke ☐ Otros	urisma s	Tiempo de abstinencia: □< 3m □ 3-6 m □> 6m Adhesión documentada por psiquiatra: □ Si □ No □ Irregular			
3- METABÓLICOS	□ No □ Si	9- QUIRÚRGICOS 🗆 No 🗆 Si			
□ Diabetes mellitus □ Tipo 1 □ Tipo 2 □ Otros	☐ Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo	□ Colecistectomía□ Otra cirugía de abdomen superior			
4- NUTRICIONALES	□ No □ Si	10- INFECCIOSOS □ No □ Si			
☐ Obesidad ☐ Dislip☐ Desnutrición grave ☐ Otro	pemia	□ VIH □ Varicela □ Hepatitis □ Tuberculosis □ Otra infección extra hepática			
5- RESPIRATORIOS □ EPOC □ Asma □ Propquitie or	□ No □ Si	activa intercurrente: Bacteriana Viral Fúngica Protozoos			
□ TEP □ Bronquitis cr		11- GASTROINTESTINALES □ No □ Si			
6- RENALES No Insuficiencia renal Agua		□ Enfermedad celíaca□ Colitis ulcerosa crónica□ Otro			
□ Diálisis □ Otro		12- OTROS □ No □ Si			
7- NEOPLÁSICOS EXTRA HE □ Primario □ Secundario	Organo:	□ Medio socio-económico □ Bueno □ Regular □ Malo □ Alergia conocida			





SITUACIÓN CLÍNICA HEPATOLÓGIC. Llenar sólo lo referente al último mes	<u>A</u>	Peso	kg	Altura	cm
☐ Ascitis refractaria☐ Peritonitis bacteriana espontánea☐ Infecciones intercurrentes	□ Sindrome hep□ Falla hepática□ Insuficiencia h□ Hepato-carcin□ Encefalopatía	sub-aguda o g epática crónica oma	a descompe	□ Diálisis renal nsada □ Otra	de la enfermedad a situación clínica
Tiempo de evolución de la enfermedad: \square < 6 me	eses 🗆 6mes	ses-1año 🗆	1año-2años	s ☐ 2años-3a	nnos □ > 3 años
Condición nutricional clínica:	□ Regular	□ Mala			
Clasificación de Child: ☐ A ☐ B ☐ C Child: (1 al 15)	Valoración de rie	esgo: MELD MELD I		:PELD	(< 12 a.) :
La información volcada en esta parte del formulario o	nica de los últim debe venir acomp		rme del estu	udio realizado.	
Rx de tórax Glicemia Orina Perfil lipídico	RMAL	INR	_ TP		□NO □SI
Bilirrubina total (mg/dl);,,	NO 🗆 SI	Na K			
Bilirrubina conjugada (mg/dl);, Bilirrubina no conjugada (mg/dl);, ENZIMOGRAMA HEPÁTICO Udlor	_ NO □ SI	PROTEINO Proteinas to Albúmina (g	tales (gr/dl):	·,	□NO □SI
Fosfatasa alcalina (UI/I) Gamma GT (UI/I) GOT (UI/I)	=	BIOPSIA F	HEPÁTICA □ Cirro		Fecha://
HEMOGRAMA Valor Hemoglobina (g/dl)	NO □ SI	ECG Normal HVI	□ Arrit □ IAM		
Leucocitosis (mm³) Plaquetas (mm³)		GASOMET		ERIAL □ NC ológica	SI
FUNCIÓN RENAL	NO 🗆 SI	ESPIROMI			
Azoemia (mg/dl): , Creatininemia (mg/dl): ,		□ Normal		□ NO □ SI	





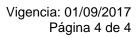
					ECODOPPLER ABDOMINAL NO	SI
ECOCARDIOGRAM.	A	□NO	□SI		SI N	1O
					Porta permeable	
□ Normal					Cava permeable	
☐ Función VD alterada☐ Hipertensión pulmona	ar: 25-35				Arteria hepática permeable	
☐ Hipertensión pulmona					Vena suprahepática permeable	
☐ Hipertensión pulmona						
, ,						
		FEVI_		_%	ARTERIOGRAFÍA: DNO DSI	
CENTELLOGRAMA	ÓSEO		-NO	□CI	□ Normal □ Patológica	
CENTELLOGRAMA	USEU		□NO	⊔SI	a rationogica	
□ Normal	□ Pato	lógico			<u>SEROLOGÍA</u>	
	- 1 alo	nogioo			Pos. Neg.	
					VIH	
TAC de tórax: □NO	□SI				AgHbs	
-N						
□ Normal □ Pate	ológica				AcHbs	
					AcHbc	
TAC de abdomen:	□NO	□SI			AcHVC	
					CMV: lgG	
□ Normal □ Pate	ológica				CMV: IgM	
DAMA de el deserre	-110	-01			VDRL PPD	
RNM de abdomen:	□NO	□SI			[PPD]	
□ Normal □ Pate	ológica				Vacuna Hepatitis B: ☐ SI ☐ NO	
	-				Vaddila Nopalillo B. B Gi B No	
COLANGIOGRAFÍA	RNM		□NO	□SI		
					GINECOLÓGICOS/UROLÓGICOS	
□ Normal □ Pate	ológica					
FIBROCOLONOSCO	ΡΙΔ		□NO	□SI	PAP actualizado: NO SI	
TIBROOCLONOOC	/I IA			⊔Oi	□ Normal □ Patológico	
□ Normal □ Pate	ológica				a raisinging	
FIBROGASTROSCO	PIA		□NO	□SI	Mamografía actualizada: □NO □SI	
_ N - ^					□ Normal □ Patológica	
□ Normal □ Pate	ológica	☐ HT P	ropatía		- Normal - I atologica	
		Vario				
		Vanc		□III □IV	PSA: □NO □SI	
					□ Named □ □ Detail/mice	
ECOGRAFÍA ABDO	MINAL		□NO	□SI	□ Normal □ Patológica	
			SI	NO		
Hepatomegalia	000					
Lesiones focales hepáti Via biliar dilatada	udS					
Esplenomegalia						
Liquido peritoneal						
						

MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE médico tratante por un período mayor a un mes

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el

Droga	์	Dosis (mg)
Espironolactona		
Furosemide		
Propanolol		
Lactulosa		

Droga	Si	Dosis (mg)
Acido desoxicólico		
Norfloxacina		
Otra		





<u>DIAGNÓSTICO</u>

4- ENFERMEDADES METABÓLICAS				
 ☐ Hemocromatosis ☐ Enfermedad de Wilson ☐ Deficit de alfa1 antitripsina ☐ Polineuropatía ☐ Hiperoxaluria primaria amiloidítica familiar ☐ NASH 				
5- OTRAS □ Poliquistosis hepática □ Traumatismo hepático □ Hiperplasia nodular regenerativa 6- RE-TRASPLANTES				
a) Urgente				
□ Fallo primario del injerto□ Trombosis de la art. hepática *				
□ Complicación técnica□ Rechazo hiperagudob) Electivo				
 □ Rechazo crónico □ Recidiva de enferm.de base □ Consecuencias tardías de complicaciones vasculares o biliares. 				
* Dentro de los 7 días post TH				