

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE 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 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfisema        | <input type="checkbox"/> Fibrosis Pulmonar     | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística |
| <input type="checkbox"/> Bronquiectasias | <input type="checkbox"/> Hipertensión Pulmonar | <input type="checkbox"/> Otros             |

### PROCEDIMIENTO PROPUESTO

- Trasplante unipulmonar  
 Trasplante bipulmonar

INGRESO POR SISTEMA