

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

DADOR VIVO

DADOR CADAVERÍCO

FECHA: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ___ años ___ meses Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Procedimiento: a coordinar
 ya realizado Fecha de realización ___/___/___

Fecha de ingreso a lista de trasplante: ___/___/___

MEDICO SOLICITANTE:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

DATOS DEL DONANTE (Vivo/Cadavérico)

Sexo: Femenino Masculino Edad: ___ años IMC: _____

TIPIFICACIÓN: ABO: A B 0 AB RH: Positivo Negativo

Antecedentes personales No Si

Cuál/es? HTA Consumo de Marihuana
 Consumo de Alcohol Consumo de otras sustancias psicoactivas
 Consumo de Cocaína Otros antecedentes personales
 Consumo de Tabaco

Observaciones: _____

Parentesco (donante vivo): Hermano Padre Madre Abuelo Otro

Causa de muerte (donante cadavérico): TEC ACV Otra _____

EVALUACIÓN DEL DONANTE VIVO

FUNCIÓN RENAL NO SI

Azoemia (mg/dl): ___ Creatininemia (mg/dl): __, ___

Filtrado glomerular estimado (ml/min): ___

EXAMENES	No	Si	RESULTADO	
			Normal	Alterado
Hemograma				
Ionograma				
Glicemia				
Funcional Hepático				
Enzimograma Hepático				
Proteinograma				
Uricemia				
Crisis sanguínea				
Perfil lipídico				
HbA1c				
TSH				
T3				
T4				
Orina				
Urocultivo				

EVALUACIÓN INFECTOLÓGICA	No	Si	RESULTADO	
			POS	NEG
VDRL				
AgHbs				
AcHbs				
AcHbc				
AcHVC				
AcHAV IgG				
HIV				
CMV IgG				
EVB IgG				
Toxoplasma IgG				
Chagas				

EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR	No	Si	RESULTADO	
			Normal	Alterado
ECG				
Ecocardiograma				
Doppler Color				
Radiografía de Tórax				

EVALUACIÓN REGIONAL	No	Si	RESULTADO	
			Normal	Alterado
Ecografía abdominal				
Ecografía renal				
AngioTC/RNM				

PESQUISA ONCOLÓGICA	No	Si	RESULTADO	
			Normal	Alterado
PSA (mayores de 50 años)				
Papanicolau				
Mamografía/ ecografía mamaria				

Adjuntar:

- Informe médico completo en formato electrónico.
- Copia de paraclínica y estudios realizados durante la evaluación.

INGRESO POR