

**FORMULARIO de SEGUIMIENTO de TRASPLANTE HEPÁTICO**

Fecha de ingreso al control : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de registro FNR \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino  Masculino IMAE \_\_\_\_\_

**Datos del trasplante:** Fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SEGUIMIENTO PAUTADO:** Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (cm) : \_\_\_\_\_

Creatinina (mg/dl): \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ Se realizó por lo menos dos diálisis en la semana previa al estudio?  SI  NO

Albumina (g/dl): \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ Bilirrubina (mg/dl): \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ INR: \_\_ \_\_ Na (mEq/l): \_\_ \_\_

**MELD (>= 12 años) :** \_\_ \_\_ **PELD (< 12 años) :** \_\_ \_\_

**COORDINADOR DEL PROGRAMA**

N° de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ESTADO AL ALTA:**

Vivo Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Fallecido Fecha de fallecimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS REALIZADOS**

**EXÁMENES**

	SI	NO
Rx de tórax		
Rx simple abdomen		
Glicemia		
Orina		
Uricemia		
Creatininemia		
Azoemia		
C de Creatinina		
Perfil lipídico		

ENZIMOGRAMA HEPÁTICO  NO  SI

FUNCIONAL HEPÁTICO  NO  SI

HEMOGRAMA  NO  SI

CRISIS SANGUINEA COMPLETA  NO  SI

IONOGRAMA SÉRICO  NO  SI

PROTEINOGRAMA COMPLETO  NO  SI

CICLOSPORINEMIA  NO  SI

FKEMIA  NO  SI

EVEROLEMIA  NO  SI

ECOGRAFÍA ABDOMINAL  NO  SI

ECODOPPLER ABDOMINAL  NO  SI

**OTROS EXÁMENES**

Alfafetoproteína  NO  SI

Ca19-9  NO  SI

CERULOPLASMINA  NO  SI

PCR RNA VHB  NO  SI

PCR RNA VHC  NO  SI

METABOLISMO DEL HIERRO  NO  SI

**SEROLOGÍA**

	SI	NO		SI	NO
VIH			ANCA		
AgHbs			TOXOPLASMA		
AcHbs			RUBEOLA:		
AcHbc			EPSTEIN BARR		
AcHVC			HERPES ZOSTER		
CMV: IgG			UROCULTIVO		
CMV: IgM			COPROCULTIVO		
VDRL			EXUDADO FARÍNGEO		
PPD			PCR Herp. II		
PCR Herp. I			MARC. ONCOGÉNICOS		
AcANA			Anti musculo liso		
Anti LKM			Anti mitocondrial		

Vacuna Hepatitis B:  SI  NO

VAT vigente:  SI  NO

INGRESO POR SISTEMA