

COMPLICACIONES de TRASPLANTE PULMONAR

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Sexo: ☐ Femenino
☐ Masculino N° de registro FNR: _____
IMAE _____

MEDICO RESPONSABLE

N° de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

DATOS DE LA COMPLICACIÓN:

Fecha de ingreso: ____/____/____

Lugar de internación: CTI (Horas): _____
 CI (Horas): _____
 Sala (Días): _____, _____

ESTADO AL ALTA

☐ Vivo Fecha de alta: ____/____/____ ☐ Fallecido Fecha de fallec.: ____/____/____

Complicaciones post-trasplante

Complicación por: ☐ Infección ☐ Rechazo ☐ Otro. Especifique: _____

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES:

CONSIDERACIONES