

COMPLICACIONES de PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO

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.: ____/____/____

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN

Complicaciones pre-trasplante

☐ NO

☐ SI

☐ Ascitis

☐ Ascitis refractaria

☐ Peritonitis bacteriana espontánea

☐ Infecciones intercurrentes

☐ Hemorragia digestiva alta

☐ Síndrome hepato-renal

☐ Falla hepática sub-aguda o grave

☐ Insuficiencia hepática crónica descompensada

☐ Tratamiento del hepato-carcinoma

☐ Encefalopatía porto-sistémica --> Grado:

☐ Recurrencia de la enfermedad

☐ Diálisis renal

☐ Otra situación clínica

☐ 1/2

☐ 3/4

Otra causa de hospitalización

☐ NO

☐ SI

Especifique _____