

## COMPLICACIONES de PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO

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

Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días    Sexo:  Femenino  
 Masculino    N° de registro FNR: \_\_\_\_\_  
IMAE \_\_\_\_\_

### MEDICO RESPONSABLE

Nº 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
- Recurrencia de la enfermedad
- Falla hepática sub-aguda o grave
- Diálisis renal
- Insuficiencia hepática crónica descompensada
- Tratamiento del hepato-carcinoma
- Otra situación clínica
- Encefalopatía porto-sistémica --> Grado:  1/2     3/4

#### Otra causa de hospitalización

NO     SI

Especifique \_\_\_\_\_