

FORMULARIO de SEGUIMIENTO de PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO

Fecha de ingreso al control : ___/___/___

N° de registro FNR _____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

COORDINADOR DEL PROGRAMA

N° de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DETERMINACION DEL INDICE DE RIESGO

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) : _____

DIAGNÓSTICO: _____

ESTUDIOS REALIZADOS

Estudios de Laboratorio:

	Si	No
Hemograma		
Crisis sanguínea completa		
Perfil lipídico		
Glicemia		
Orina		
Uricemia		
Creatininemia		
Azoemia		
C de Creatinina		
Ionograma sérico		
Proteinograma completo		
Enzimograma hepático		
Funcional hepático		
Alfafetoproteína		
Ca19-9		
Ceruloplasmina		
Ciclosporinemia		
FKemia		
Everolemia		
Metabolismo del hierro		
VIH		
AgHbs		
Achbs		
Achbc		
PCR RNA VHB		

	Si	No
AcHVC		
PCR RNA VHC		
CMV - IgG		
CMV- IgM		
Carga viral CMV		
PCR CMV		
VDRL		
PPD		
PCR Herp. I		
AcANA		
Anti LKM		
ANCA		
Toxoplasma		
Rubeola		
Epstein Barr		
Carga viral EBV		
PCR EBV		
Herpes Zoster		
Urocultivo		
Coprocultivo		
Exudado faríngeo		
PCR Herp. II		
Marcadores oncogénicos		
Anti musculo liso		
Anti mitocondrial		

Imagenología:

	Si	No
Rx de tórax		
Rx simple de abdomen		
Ecografía abdominal		
Ecodoppler abdominal		

COMENTARIOS

INGRESO POR SISTEMA