

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

Albúmina (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