

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE ABLACIÓN Y TRASPLANTE - I N A T

A2. REGISTRO DE RECEPTORES POTENCIALES (LISTA DE ESPERA)

A2.2. ORGANOS: CORAZÓN - PULMÓN

LE-Trx 1/2

Doc. Ident. No. _____ **Tipo** ____ **Fecha de Inscripción** ___/___/___ **Reg. No.** _____

Datos Generales del paciente

Apellidos _____ Nombres _____ C.Id. No. _____

Sexo ____ Eo. Civil _____ Edad ____ Fecha Nac. ___/___/___ Nacionalidad _____

Dirección particular _____ No. _____ Ciudad _____
 Departamento o Distrito _____ Teléfono _____ T.Cel. _____
 Casilla Postal _____ E-mail _____

Dirección laboral _____ No. _____ Ciudad _____
 Departamento o Distrito _____ Teléfono _____ T.Cel. _____
 Casilla Postal _____ E-mail _____

Seguro Médico

Privado _____ Dirección _____
 Telf / Fax _____ E-mail _____ Ciudad _____

Social _____ Dirección _____
 Telf / Fax _____ E-mail _____ Ciudad _____

Referencias adicionales al paciente: Pariente ____ Vecino ____ Destacamento Policial ____

Dirección _____ No. _____ Ciudad _____
 Departamento o Distrito _____ Teléfono _____ E-mail _____

Medidas Antropométricas

Gr. Sang. ____ **RH** ____

Perímetros { Axilar ____ cm Xifoideo ____ cm
 Largo Eternal ____ cm Talla ____ cm
 Peso ____ Kg

Profesional responsable del paciente

Apellidos _____ Nombres _____ C.Id. No. _____

Matrícula Prof. No. _____ Dirección profesional _____ No. _____

Ciudad _____ Teléfono _____ T.Cel. _____ E-mail _____

Centro de Trasplante

Nombre _____ Dirección _____ No. _____

Ciudad _____ Teléfono _____ T.Cel. _____ E-mail _____

Responsable del Centro

Apellidos _____ Nombres _____ Matrícula Prof. ____ C.Id. No. _____

Serología

Fecha de Serología ___/___/___

	+	-	Des		+	-	Des		+	-	Des		+	-	Des
HIV I				HCV				PPD				Hemocultivo			
HIV II				CMV				EBV				Gota Gruesa			
HBs Ag				VDRL				Chagas (*)				-*			
AntiCore				Toxo								-*			

(*) Efectuar tres pruebas: Por ELISA, Inmunofluorescencia y Fijación de Complemento. Dos de las tres pruebas positiva simplifica Resultado Positivo.

INAT – Capitán Lombardo c/ Avda. Santísimo Sacramento
Telf. (595 21) 286337 E-mail: inatpy@gmail.com

A2. REGISTRO DE RECEPTORES POTENCIALES (LISTA DE ESPERA) (CONT.)

Doc. Ident. No. _____ Tipo _____

Reg. No. _____

LE-Trx 2 / 2

Tipo de Trasplante _____																															
1	Cardíaco	2	Cardiopulmonar																												
3	Pulmonar Unilateral	4	Pulmonar Bilateral																												
Diagnóstico																															
I. Cardíaco / Cardíaco-Pulmonar																															
Miocardopatía Dilatada _____		Miocardopatía Restrictiva _____																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:50%; text-align:center;">Idiopática</td><td style="width:50%;"></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Adriamicina (otras Antraciclinas)</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Post-Parto</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Familiar</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Miocarditis (probada con Biopsia)</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Alcohólica</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Post-Viral</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Isquémica</td><td></td></tr> <tr><td>Otra. Cuál:</td><td></td></tr> </table>	Idiopática		Adriamicina (otras Antraciclinas)		Post-Parto		Familiar		Miocarditis (probada con Biopsia)		Alcohólica		Post-Viral		Isquémica		Otra. Cuál:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:50%; text-align:center;">Idiopática</td><td style="width:50%;"></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Amiloidosis</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Fibrosis Endocárdica</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Sarcoidosis</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Secundaria a Radiación o Quimioterapia</td><td></td></tr> <tr><td>Otra. Cuál:</td><td></td></tr> </table>	Idiopática		Amiloidosis		Fibrosis Endocárdica		Sarcoidosis		Secundaria a Radiación o Quimioterapia		Otra. Cuál:	
Idiopática																															
Adriamicina (otras Antraciclinas)																															
Post-Parto																															
Familiar																															
Miocarditis (probada con Biopsia)																															
Alcohólica																															
Post-Viral																															
Isquémica																															
Otra. Cuál:																															
Idiopática																															
Amiloidosis																															
Fibrosis Endocárdica																															
Sarcoidosis																															
Secundaria a Radiación o Quimioterapia																															
Otra. Cuál:																															
Diagnóstico																															
I Cardíaco / Cardíaco-Pulmonar (Continuación)		II. Pulmonar Unico / Bilateral																													
Enfermedad Arterial Coronaria (sin dilatación) _____ Cardiopatía Hipertrofica _____ Enfermedad Cardíaca Valvular _____ Enfermedad Cardíaca Congénita _____ Cáncer - Tumor _____ Hipertensión Pulmonar _____ Otra. Especificar _____ Hipertensión Pulmonar Primaria _____ Fibrosis Quística _____ Fibrosis Pulmonar Idiopática _____ Fibrosis Pulmonar Secundaria _____ Causa _____ Sarcoidosis _____ Deficiencia de Alpha-1 Antripsina _____ Enfisema - CODP _____		Sd. Eisenmenger _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:50%; text-align:center;">Defecto Septum Artrial</td><td style="width:50%;"></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Defecto Septum Ventricular</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Ductus Arterial</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Anomalías Múltiples Congénitas</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align:center;">Miocarditis (probada con Biopsia)</td><td></td></tr> <tr><td>Otra. Cuál:</td><td></td></tr> </table> Bronquiectasia _____ Enfermedad Ocupacional Pulmonar _____ Especificar _____ Linfangioleimatosi _____ Bronquiolitis Obliterante (no retrasplante) _____ Enfermedad Vasculat Pulmonar _____ Otra Enfermedad Pulmonar _____ Especificar _____ Otra Enfermedad Congénita _____ Especificar _____		Defecto Septum Artrial		Defecto Septum Ventricular		Ductus Arterial		Anomalías Múltiples Congénitas		Miocarditis (probada con Biopsia)		Otra. Cuál:																	
Defecto Septum Artrial																															
Defecto Septum Ventricular																															
Ductus Arterial																															
Anomalías Múltiples Congénitas																															
Miocarditis (probada con Biopsia)																															
Otra. Cuál:																															
Clase Funcional		II. Pulmonar Unico / Bilateral																													
I Cardíaco / Cardiopulmonar		Emergencia:																													
<u>Emergencia:</u>		Paciente internado																													
Asistencia Mecánica Ventricular Izq. / Der. _____		Intubado con Asistencia Respiratoria Mecánica _____																													
Corazón Artificial Total _____		E.C.M.O. _____																													
Balón de Contrpulsación Intraórtico _____																															
Asistencia Mecánica con Paciente Intubado _____																															
E.C.M.O. _____																															
<u>Urgencia. Paciente interno en UTI con:</u>		<u>Urgencia:</u>																													
Tratamiento con agentes Inotrópicos p/ Mant. Vol. Mín. _____		ARM no invasiva - Internado en UTI por																													
Receptores menores de seis meses de edad _____		un período mayor que siete días _____																													
<u>Electivo:</u> _____		<u>Electivo:</u> _____																													
Formulario enviado por _____		Matr. Prof. _____																													
Fecha ____/____/____		Firma del Responsable																													
Recibido en INAT por _____																															
Fecha ____/____/____		Firma y sello de Autoridad Responsable																													

El presente documento reviste a todos los efectos el carácter de Declaración Jurada