

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)

A2.3. ORGANOS: HÍGADO

LE-Hgd 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

Dirección _____ Pariente ____ Vecino ____ Destacamento Policial ____

No. _____ Ciudad _____

Departamento o Distrito _____ Teléfono _____ E-mail _____

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. _____

Medidas Antropométricas

Gr. Sang. ____ RH ____

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

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 – Capitan Lombardo c/ Santísimo Sacramento

Telf. (595 21) 286337 E-mail: inatpy@gmail.com

A2.3 REGISTRO DE ...

LE-Hgd 2 / 2

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

Diagnóstico

Síndrome de Intestino Corto		Malformación Congénita (Atresia)	
		Enterocolitis Necrotizante	
		Resección Intestinal Masiva	
Síndrome de Atrofia Vellositaria			
Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Neoplasias			
Otra. Cuál:			

Clase Funcional Adultos

Fecha ____ / ____ / ____

Emergencia

Hepatitis Fulminante o Subfulminante adultos, en UTI con Encelofalopatía G^o III ó IV ____
 Retrasplante inmediato por ausencia de Función Primaria del Injerto ____
 Trombosis Vascul ar aguda con Gangrena Hepática ____

UrgenciaHepatitis Fulminante o Subfulminante con Encelofalopatía G^o I ó II ____

Enfermedad Colestásica Crónica, con Bilirrubina mayor o igual a 20 mg[%] y
 Tiempo de Protrombina menor que 60% ____

Síndrome Hepato - Pulmonar con PO2 menor o igual a 60 mmHg ____

Clase Funcional Adultos, de 16 años o más (Continuación)**Urgencia (Continuación)**

Enfermedad Hepato - Celular ____
 MELD ____

Electivo ____**Clase Funcional Pediátricos, de menos de 16 años**

Fecha ____ / ____ / ____

Emergencia

Hepatitis Fulminante o Subfulminante ____
 Retrasplante inmediato por ausencia de Función Primaria del Injerto ____
 Trombosis Vascul ar aguda con Gangrena Hepática ____

Urgencia

Síndrome Hepato - Pulmonar con PO2 menor o igual a 60 mmHg ____
 Enfermedad Colestásica Crónica, con Bilirrubina mayor o igual
 a 12 mg[%] durante un período no menor a tres meses consecutivos ____
 Enfermedad Hepato - Celular :
 PELD ____

Electivo ____

Formulario enviado por _____ Matr. Prof. _____
 Fecha ____ / ____ / ____

Firma del Responsable

Recibido en **INAT** por _____
 Fecha ____ / ____ / ____

Firma y sello de Autoridad Responsable