



Ministerio de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPÁTICO (ALTA HOSPITALARIA)

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-188

PÁGINA: 1 de 2

TRAZABILIDAD:

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

FECHA DEL REPORTE: / /

TIPO DE COBERTURA: RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) SEGURO CAMPESINO (IESS)
 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) PRIVADA:

Médico responsable seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar de nacimiento: Fecha: / / Nacionalidad: Edad:

Provincia: Dirección domiciliaria: Teléfono:

ÓRGANO TRASPLANTADO - **HÍGADO**: (completo, segmentos) Fecha del trasplante: / /

Diagnóstico: _____

Etiología de la cirrosis: _____

ESTADO DEL RECEPTOR AL MOMENTO DEL TRASPLANTE:

Comorbilidades: HTA OBESIDAD ALCOHOLISMO HIPOTIROIDISMO
 DM DISLIPIDEMIA COLITIS
 OTROS: _____

Exámenes: _____

Observaciones: _____

EVOLUCIÓN POS TRASPLANTE

Días de estancia en U.C.I: _____

Días de estancia hospitalaria en piso: _____

Biopsia: _____ Fecha: / /

Resultados: _____

Infecciones: SI NO Tratamiento: _____

Rechazo: SI NO Tratamiento: _____

Otras complicaciones: _____

TRATAMIENTO ANTERIOR AL ALTA:

1.- INMUNOSUPRESIÓN:

Inhibidores de calcineurina: _____

Corticoides: _____

Micofenolatos: _____

Anticuerpos monoclonales: _____

2.- ANTIBIÓTICOS:

Profilaxis: _____

3.- ANTIVIRALES: SI NO _____

4.- ANTIMICÓTICOS SI NO _____



Ministerio de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

**SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE HEPÁTICO
(ALTA HOSPITALARIA)**

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-188

PÁGINA: 2 de 2

DÍA MES AÑO

CONDICIÓN AL ALTA

____ / ____ / ____

VIVO FALLECIDO

Complicaciones: SI NO _____

ESQUEMA DE INMUNOSUPRESIÓN AL ALTA (DOSIS / FRECUENCIA):

EXÁMENES AL ALTA:

LEUCOCITOS PLAQUETAS TGO GGT
 HB INR TGP BILIRRUBINA T__ D__ I__
 HCTO TP FA ALBUMINA
 CREATININA BUN NA K
 CL

NIVELES: _____

OTROS: _____

EXÁMENES DE IMAGEN:

Fecha:

DÍA MES AÑO

____ / ____ / ____

DOPPLER HEPÁTICO: _____

OTROS: _____

MÉDICO RESPONSABLE SEGUIMIENTO:

NOMBRE:

C.I.

COORDINADOR DE TRASPLANTES HOSPITALARIO

NOMBRE:

C.I.

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES