



Ministerio de **Salud Pública**

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

**SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPÁTICO
POST OPERATORIO INMEDIATO (24 HORAS)**

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-186

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 del procedimiento: Médico hepatólogo:

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:

MELD		Creatinina:		INR:		Na:		Bilirrubina:			
Antropométricos:	Peso:	kg.	Talla:	cm.	CHILD - PUGH:	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>
Comorbilidades:	HTA	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>	HIPOTIROIDISMO	<input type="checkbox"/>			
	DM	<input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	COLITIS	<input type="checkbox"/>					
	OTROS:	<input type="text"/>	_____								
Exámenes: _____											
Observaciones: _____											

INSTITUCIÓN DONANTE:

Institución donante:

Código donante: Edad: Causa de muerte:

Equipo de Qx. procuración:

Serología relevante: Donante marginal: SI NO

RELACIONADOS CON EL ACTO QUIRÚRGICO

Hora de inicio de la cirugía: Tiempo IF horas:

Tiempo IC minutos: Hora de reperusión:

Hora de finalización de la cirugía:

Biopsia reperusión: SI NO _____

Variantes anatómicas: SI NO _____



Ministerio
de **Salud Pública**

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

SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPÁTICO
POST OPERATORIO INMEDIATO (24 HORAS)

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-186

PÁGINA:2 de 2

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

ASCITI SI NO _____

TUMOR: SI NO _____

TROMBO DE PORTA: SI NO _____

ADHERENCIAS: SI NO _____

DERIVACIÓN BILIO DIGESTIVA: SI NO _____

OTROS: _____

ESTADO DEL PACIENTE POST OPERATORIO A LA FECHA DE REPORTE PACIENTE VIVO: SI NO

ESTADO DEL INJERTO POST OPERATORIO A LA FECHA DE REPORTE FUNCIONANTE: SI NO

DÍA MES AÑO

LLÉNESE EN CASO DE PÉRDIDA DEL INJERTO: Fecha: _____ / _____ / _____

Causa: _____

FALLECIMIENTO DEL RECEPTOR: Fecha: _____ / _____ / _____

Motivo: _____

Autopsia: SI NO Reporte: _____

COMENTARIOS DEL TRASPLANTE:

MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO:

NOMBRE:
C.I.

COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES

NOMBRE:
C.I.