

# Protocolo Médico para Trasplante

Fecha:

1. Establecimiento tratante		
Institución:		
Domicilio: Calle:	Nro:	Tel:
Localidad:	CP:	Partido:

2. Paciente			
Apellido/s:		Nombres:	
Nro. Doc. :	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> Otro	Sexo: <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino	
Edad:	Fecha nacimiento:	Ocupación:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> otro			
Domicilio: Calle:	Nro:	Piso:	Dto:
Localidad:	CP:	Partido:	
Teléfono/s:			

3. Indicación de trasplante	
Tipo de trasplante: (seleccionar)	Tipo de donante: <input type="checkbox"/> vivo <input type="checkbox"/> cadavérico

4. Establecimiento del implante		
Nombre:		
Domicilio: Calle:	Nro:	Teléfono/s:
Localidad:	CP:	Partido:
Provincia:		



## Protocolo Médico para Trasplante

### **5. Historia Clínica**

*(deberán consignarse los datos completos)*

*Sin perjuicio de los datos consignados, se podrá requerir ampliación de la información y evaluación del paciente.*

Diagnóstico Confirmado:

Antecedentes:

DBT  HTA  Hipercolesterolemia  Hepatitis  CPI  IRCT  Otro:

Evolución, tratamientos y estudios realizados:

## Protocolo Médico para Trasplante

### **6. Indicación Médica**

Situación médica que fundamenta la realización del implante y la urgencia del mismo:

Por la presente certifico que el paciente:

Se encuentra en condiciones para ingresar en el plan de estudios Pre-Trasplante (seleccionar)

Vivo relacionado     Cadavérico

Médico responsable:

MP:

Firma:

Teléfono: 0221-427-6070 int. 218-219

E mail: [subsidios@cucaiba.gba.gov.ar](mailto:subsidios@cucaiba.gba.gov.ar)