



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: DÍA / MES / AÑO

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: DÍA / MES / AÑO 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	☐	B	☐	C	☐
Comorbilidades:	HTA	☐	OBESIDAD	☐	ALCOHOLISMO	☐	HIPOTIROIDISMO	☐			
	DM	☐	DISLIPIDEMIA	☐	COLITIS	☐					
	OTROS:										
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.