



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: 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 seguimiento:

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: DÍA MES AÑO

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: DÍA MES AÑO

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__
HCT0		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