



Ministerio
de **Salud Pública**

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

SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (POST TRASPLANTE INMEDIATO)

VERSIÓN: 01

PUBLICADO ☒ EN ANÁLISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-190

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 seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar de nacimiento: Fecha: DÍA / MES / AÑO Nacionalidad: Edad:

Provincia: Dirección domiciliaria: Teléfono:

ÓRGANO TRASPLANTADO - Riñón Derecho: Riñón Izquierdo: Renopaneas:

Etiología de la insuficiencia renal:

ESTADO DEL RECEPTOR AL MOMENTO DEL TRASPLANTE: TX_1er ☐ RETRASPLANTE ☐ N° ☐

DIÁLISIS (PRETRASPLANTE) ☐ HEMODIALISIS ☐ PERITONEAL ☐ ANTICIPADO ☐

Antropométricos: Peso:Kg. Talla: cm. IMC: DIURESIS RESIDUAL:

COMORBILIDADES: HTA ☐ OBESIDAD ☐ DISLIPIDEMIA ☐ DM ☐
OTROS:

Exámenes:

Creatinina:

Serología relevante:

Observaciones:

ABO:

Riesgo inmunológico: BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☐

COMPATIBILIDAD:

HLA COMPLETO DEL DONANTE:

HLA COMPLETO DEL RECEPTOR:

P.R.A. I II MISS MARCH: CROSS MATCH:

OTROS ANTICUERPOS:

Observaciones:

DATOS DEL PACIENTE:

CÓDIGO:

DONANTE CADAVERICO: ☐ DONANTE VIVO RELACIONADO: ☐ PARENTEZCO/RELACIÓN:

Edad en años: Peso: kg. Género: F ☐ M ☐ Talla: cm.

Causa de muerte:

Equipo de procuración:

Serología relevante:

ABO:

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

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT	SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (POST TRASPLANTE INMEDIATO)				FECHA: 15-06-2015	
	VERSIÓN: 01				CÓDIGO: RG-INDOT-190	
	PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA:2 de 2	
	☒	☐	☐	☐		

RELACIONADOS CON EL ACTO QUIRÚRGICO DE IMPLANTE DE INJERTO:

Apellidos y nombres del cirujano:

Hora de inicio de la cirugía:

Hora de clampeo:

Tiempo IF horas/minutos:

Tiempo IC minutos:

Hora de perfusión: Hora de finalización de la cirugía:

Biopsia pre implante SI ☐ NO ☐

Variantes anatómicas: SI ☐ NO ☐

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

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

FALLECIMIENTO DEL RECEPTOR: Fecha:

DÍA

MES

AÑO

Motivo:

ESTADO DEL INJERTO POST OPERATORIO A LA FECHA DE REPORTE:

FUNCIONANTE: SI ☐ NO ☐ DIURESIS: SI ☐ NO ☐ VOLUMEN

LLÉNESE EN CASO DE PÉRDIDA DEL INJERTO: Fecha de pérdida:

DÍA

MES

AÑO

Causa:

LABORATORIO:

FECHA:	DÍA/MES/ AÑO	DÍA/MES/ AÑO	DÍA/MES/ AÑO	DÍA/MES/ AÑO	DÍA/MES/ AÑO
CREATININA:					

LEUCOCITOS

PLAQUETAS

TGO

GGT

HB

INR

TGP

BILIRRUBINA T___ D___ I___

HCT0

TP

FA

ALBUMINA

CL

BUN

NA

K

Biopsia:

NECESIDAD DIALITICA POSTRASPLANTE: SI ☐ NO ☐ Número de diálisis realizadas:

OTROS:

ANTIVIRALES:

INMUNOSUPRESION:

ANTIBIOTICOTERAPIA:

PLASMAFERESIS:

COMPLICACIONES CLÍNICO QUIRÚRGICAS:

COMENTARIOS DEL TRASPLANTE:

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: ESTADO DONANTE: ESTADO RECEPTOR:

MÉDICO RESPONSABLE SEGUIMIENTO:

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