

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

**PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO**

**TRASPLANTE HEPATICO**

***POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA***

EDAD	SEXO
DNI	AFILIADO
DIAGNÓSTICO	
FECHA DEL TRASPLANTE	

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Por favor describir cirugías y eventuales complicaciones)**


**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

**MEDICACION al ALTA** (especificar dosis y frecuencia)

- Tacrolimus: \_\_\_\_\_
- Ciclosporina: \_\_\_\_\_
- Meprednisona: \_\_\_\_\_
- Rapamicina: \_\_\_\_\_
- Everolimus: \_\_\_\_\_
- Micofenolato Sódico (Myfortic): \_\_\_\_\_
- Micofenolato Sódico (MMF Sandoz): \_\_\_\_\_
- Micofenolato Mofetilo (Cell Cept): \_\_\_\_\_
- Azatioprina: \_\_\_\_\_

<b>Dosaje de Inmunosupresor</b> (transcribir últimos resultados)						
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Tacrolimus						
Ciclosporina						
Rapamicina						
Everolimus						
MMF						

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

**ANATOMÍA PATOLÓGICA** (Adjuntar o transcribir informe de biopsia si fue realizada durante la internación)


**SEGUIMIENTO AMBULATORIO**

**Solicitud de Biopsia durante el seguimiento** (describir brevemente la indicación de biopsia hepática, adjuntar estudios complementarios de ser necesario)


**TRATAMIENTO PROPUESTO**

DROGA		DOSIS		Vía Adm	
DROGA		DOSIS		Vía Adm	
DROGA		DOSIS		Vía Adm	
DROGA		DOSIS		Vía Adm	
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:					

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

--

**RESUMEN HISTORIA CLINICA Y/O ANATOMÍA PATOLÓGICA QUE JUSTIFIQUE EL TRATAMIENTO** (Adjuntar o transcribir informe de biopsia)


Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto:

**RESERVADO PARA AUDITORIA**

SE RECOMIENDA AUTORIZAR:            SI                            NO  
 Marcar el que corresponda

JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:


Médico interviniente (Firma y sello)

--