

ANEXO 2. FORMULARIO "A" DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA UTxP-H12X

(para cumplimentar y enviar por correo electrónico, borra las respuestas no correctas. En caso de desconocidas borra todas las opciones)

FECHA: 14/08/2013

Datos Demográficos:

Nº S.S. *Numero de la SS* Nº Hª C. *Historia clínica*

NOMBRE: *Nombre y Apellidos*

DIRECCION: *Calle, Número, Puerta, Escalera, Letra, Ciudad y Código Postal*

TELÉFONOS (fijos y móviles) :

PACIENTE: 34 / 34 FAMILIARES: 34 / 34

Datos Clínicos Generales:

EDAD: *edad* FECHA NACIMIENTO: 12/12/2012 PESO: *peso Kg* TALLA: *altura cm* IMC *IMC*

ENFERMEDAD FUNDAMENTAL (EF): *Escriba la patología que indica el trasplante*

DIAGNÓSTICO DE LA EF: *Técnica diagnóstica*

COMORBILIDADES: *Diabetes, Hipertensión Arterial, etc*

CLASE FUNCIONAL (NYHA): *I, II, III o IV* ESCALA DISNEA (BMRC): *0 1 2 3 4*

En EPOC: NÚMERO DE EXACERBACIONES EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS: *Exacerbaciones*

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Y SITUACION ACTUAL:

Resuma la historia clínica del paciente

Antecedentes de especial Interés:

MARQUE LA CASILLA EN CASO AFIRMATIVO:

- TABAQUISMO: En caso afirmativo, Abandono hace 0 meses
- ALCOHOL:: En caso afirmativo, Abandono hace 0 meses
- DROGAS: En caso afirmativo, especificar *Droga*; abandono hace 0 meses
- Daño irreversible de órganos básicos (riñón, corazón, hígado): *Especifique*
- Enfermedad coronaria inestable
- Enfermedad maligna con <5 años libre de tumor: *Especifique*
- ALERGIAS: *Especifique*
- ESTEROIDES sistémicos: *Especifique dosis actual y duración del tratamiento*
- Esteroides a otras dosis: *Detallar dosis y duración:*
- CIRUGIA TORACICA PREVIA: *Especifique*
- PLEURODESIS: *Especifique tipo y hemitórax*

Tratamiento:

Tratamientos previos para su enfermedad fundamental: *Especifique*

Tratamiento habitual actual: *Especifique*

Oxigenoterapia; Rehabilitación respiratoria *Especifique causas*

El paciente es habitualmente buen cumplidor del tratamiento: *Si o No*

El paciente tiene adecuado soporte social: *Si o No*

Pruebas complementarias:

DATOS DE LABORATORIO:

Na: 0,00 k 0,00 Glucosa: 0,00 Creatinina: 0,00 Urea: 0,00 Colesterol 0,00 Triglicéridos 0,00

Proteínas T: 0,00 Albúmina: 0,00 Ca: 0,00 Fósforo: 0,00 Ac. úrico: 0,00 Bilirrubina: 0,00

Fosfatasa alcalina: 0,00 CPK: 0,00 LDH 0,00 GOT: 0,00 GPT 0,00 GGT 0,00

Leucocitos: 0,00 Hb: 0,00 Hto: 0,00 Plaquetas: 0,00

Actividad de protrombina: 0,00 PTT: 0,00

Sist. de orina: *Valores fundamentales*

MICROBIOLOGIA: Mantoux: + ó - CMV: + ó - Herpes: + ó - Zoster: + ó - E-Barr + ó - HIV: + ó -

IgG anti A: + ó - IgG anti C: + ó - IgG anti HBc: + ó - Anti HBs: + ó - Ag HBs: + ó - Ag HBe: + ó -

Aislamientos en esputo en últimos años *Especifique*

Se aisló alguna vez:

hongos (fecha) y/o Micobacterias (fecha)

RADIOLOGIA:

Rx. tórax: *Describe la última radiografía de tórax*

TAC Tórax: *Describe la última TAC de tórax. Especifique la fecha, por favor*

FUNCIÓN PULMONAR Y CARDIACA: (fecha)

CV 0,00ml 0,00 % **FVC:** 0,00 ml 0,00 % **FEV1:** 0,00 ml 0,00 % **FEV1/VC**0,00 %

TLC: 0,00 ml 0,00 % **RV:** 0,00 ml 0,00 % **TLCO:** 0,00 % **KCO:** 0,00 %

GAB: pH: 0,00 PaO₂: 0,00 PaCO₂: 0,00 CO₃H: 0,00

GA O2 a lpm: : pH 0,00 PaO₂: 0,00 PaCO₂: 0,00 CO₃H: 0,00

Test marcha 6´: m con O2 a lpm Desaturación *Si o No* caída de %

ECG: *Describe el último EKG*

ECO:(fecha:): PAP estimada: ; F. eyección v dcho: % ; F. eyección V Izq: %

En caso de disponer de evolución temporal de la función pulmonar, detallela en este espacio especificando parámetro, resultado y fechas

REMITIMOS AL PACIENTE COMO POSIBLE CANDIDATO A TRASPLANTE PULMONAR A UNIDAD TxP DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Dr./Dra *Nombre y Apellidos*

Servicio de *Detalle el Servicio Remisor*

Hospital *Hospital o Centro de referencia desde el que se remite al paciente*

Dirección: *Calle, Número, Puerta, Escalera, Letra, Ciudad y Código Postal*

Teléfono de contacto: 34 / 34 Mail *Correo electrónico*

Fecha: **14/08/2013**