CERTIFICADO TRASPLANTE HEPÁTICO

Sr./Sra.: ……DNI: .....

Etiología:.....

Fecha de trasplante hepático: ...../...../..... Complicaciones: .....

Tratamiento farmacológico: .....

Grado de insuficiencia hepática (si corresponde) y puntuación en clasificación de CHILD-PUGH:...

.....

OBSERVACIONES:.....

Evolución: ..... Pronóstico: .....

LABORATORIO CON HEPATOGRAMA, ALBÚMINA Y COAGULOGRAMA CON RIN (últimos 6 meses).

Fecha*:* ……/……/…….

Valores:

GPT:……..……U/L **GOT**……...……U/L.

FAL:……..……...U/L **GGT**……U/L.

Proteínas totales: ……g/dl **Albúmina**: …… g/dl

BIL total:……..…..mg/dl **Bil directa**……..……mg/dl., **Bil indirecta**……..…mg/dl

Colesterol total:……mg/dl **Tiempo de Protrombina (%):** ……

FIRMA Y SELLO
MEDICO TRATANTE

_____/_____/_____
FECHA

"Este documento y las recomendaciones no habilitan a conducir"