

PROYECTO FIBROSCAN URUGUAY
SOLICITUD DE FIBROSCAN®

DATOS PATRONÍMICOS

dd/mm/aaaa
FECHA

NOMBRE y APELLIDO: _____ Teléfono/s: _____
CI: _____ Mail: _____
Procedencia: Pública Privada Cual: _____
EDAD _____ Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____ Talla: _____

ETIOLOGÍA DE LA HEPATOPATÍA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes o Hiperinsulinemia | <input type="checkbox"/> Cirrosis Biliar Primaria |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Colangitis Esclerosante Primaria |
| <input type="checkbox"/> VHC | <input type="checkbox"/> Metabólica Cual: _____ |
| <input type="checkbox"/> VHB | <input type="checkbox"/> Trasplantado Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hígado Graso | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatocarcinoma | <input type="checkbox"/> Desconocida o en estudio |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Autoinmune | |

ESTUDIOS PREVIOS

Fecha (Nota: si datan de más de 2 meses se sugiere repetir)

BT: _____ BD _____ TGO _____ TGP _____ GGT _____ FAL _____

Plaquetas _____ Albúmina _____

.....
ÚLTIMA ECOGRAÍA o DOPPLER ABDOMINAL Fecha:

Dilatación de Vía Biliar Si /No

Esteatosis Si /No Comentario: _____

Cirrosis Si /No

.....
Tiene PBH: Si /No

Fecha _____ Fibrosis Grado _____ Escala: Knodell Ishack Metavir NAS

.....
El paciente ha presentado alguna vez, o han sido evidenciado en estudios previos:

Ascitis Si /No

Varices esofágicas Si /No

Sangrado variceal Si /No

Hiperesplenismo Si /No

Comentarios/ Observaciones

Médico Solicitante

Nota: Para una correcta interpretación de resultados es recomendable que el paciente

NO presente:

- TGO y/o TGP > x5 veces el valor normal
- Colestasis extra hepática (obstrucción del árbol biliar)
- Falla cardíaca derecha u otra causa de congestión hepática
- Consumo excesivo de alcohol

El proyecto Fibroscan Uruguay es una realidad gracias al apoyo de la
Agencia Nacional de Investigación e Innovación