

SOLICITUD DE FIBROSCAN®
SERVICIO DE HEPATOLOGÍA
H.C.FF.AA.



**CENTRO NACIONAL DE TRATAMIENTOS
HEPATOPANCREÁTICOS**
Trasplante, Hepatología y Cirugía
Hepatobiliopancreática



DATOS PATRONÍMICOS

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido: _____ Teléfono/s: _____

CI: _____ Mail: _____ Procedencia: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Peso: _____ kg Talla: _____ cm

ESTUDIO SOLICITADO:

FIBROSCAN HEPÁTICO

FIBROSCAN ESPLÉNICO

ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA (puede marcar más de una)

MASLD/MASH: Esteatosis hepática asociada a síndrome metabólico/ Esteatohepatitis

Met-ALD: Esteatosis metabólica asociada a consumo de alcohol

ALD: Enfermedad Hepática por Alcohol

Enfermedades colestásicas: Colangitis Esclerosante Primaria / Colangitis Biliar Primaria

VHC VHB Enf. de Wilson Hemocromatosis Hepatitis Autoinmune

Trasplantado Hepático (fecha): _____ Otra: _____

ESTADIFICACIÓN (Si dispone de estudios previos)

Fibrosis hepática desconocida Sin fibrosis significativa (F0-F1)

Fibrosis significativa (\geq F2) Fibrosis avanzada/ cirrosis (F3-F4)

CONTEXTO CLÍNICO PARTICULAR

Hepatocarcinoma Enf. Hepática desconocida o en estudio

Esplenomegalia en estudio Probable Hipertensión en estudio

Control evolutivo Otra: _____

Información complementaria de la indicación: _____

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 activo de alcohol