

**INFORME MENSUAL DE PACIENTE EN DPCA: AÑO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Nº de registro F.N.R. \_\_\_\_\_ IMAE \_\_\_\_\_ (código)

- Paciente del centro       Paciente transitorio

**Situación al día 31 del mes**

- sin baja  
 fallecimiento      fecha baja \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
causa de muerte desencadenante código \_\_\_\_\_  
causa de muerte predisponente 1 código \_\_\_\_\_  
causa de muerte predisponente 2 código \_\_\_\_\_
- indicacion medica  
 abandono  
 recuperacion funcional  
 trasplante renal  
 radicacion en el exterior

Datos del control

Peso con abdomen lleno: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_  
PAS: \_\_\_ mmHg      PAD: \_\_\_ mmHg  
EPO:  No    Si      \_\_\_ U/sem  
Hierro intravenoso:  No    Si      \_\_\_ mg/mes  
Hierro vía oral:  No    Si  
Epoetina Beta:  No    Si      \_\_\_ mcgr/mes  
Azoemia: \_\_\_ gr/l      KTV de urea: \_\_\_\_\_  
Cl de creatinina semanal (ml/min): \_\_\_\_\_ TCPn: \_\_\_\_\_  
DP UREA, \_\_\_ gr%      DP CREATININA, \_\_\_ mg%  
PET: \_\_\_\_\_      Volumen drenado/24hs \_\_\_\_\_  
UF día promedio: \_\_\_\_\_      Diuresis día promedio(ml) \_\_\_\_\_  
Cl.residual (semisuma)(ml/min): \_\_\_\_\_  
Sodio \_\_\_ mEq/l      Potasio, \_\_\_ mEq/l  
Calcio, \_\_\_ mg/%      Fósforo, \_\_\_ mg/%  
Fosfatasa alcalina \_\_\_ mU/ml      PTH(i) \_\_\_\_\_, \_\_\_ pgr/ml  
Hematocrito, \_\_\_ %      H emoglobina, \_\_\_ g/ml  
Glicemia, \_\_\_ gr/L      Hba1C, \_\_\_ %  
Colesterolemia \_\_\_ mg      Trigliceridemia, \_\_\_ mg  
HDL \_\_\_ mg      LDL \_\_\_ mg  
Albúmina, \_\_\_ gr/l      Sideremia, \_\_\_ gammas/ml  
Transferrina \_\_\_ mg/ml      Ferritina, \_\_\_ mcgr  
TGO \_\_\_ mU/ml      TGP \_\_\_ mU/ml  
Ecocardiograma:  No    Si  
FEVI \_\_\_ %      Hipertrofia VI:  Si    No

**A- CONTROL MENSUAL:  NO    SI**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**CANTIDAD DE DÍAS DE ARANCEL** \_\_\_

**TIPO DE TRATAMIENTO**

- DPCA
- Cantidad de concent. al 1.5 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de concent. al 2.5 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de concent. al 4.25 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de icodextrina: \_\_\_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_
- DPA      Modaliad:  DPI       DPCC
- Cantidad de concent. al 1.5 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de concent. al 2.5 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de concent. al 4.25 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de icodextrina: \_\_\_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_
- Realiza recambios diurnos      Cantidad \_\_\_
- Cantidad de concent. al 1.5 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de concent. al 2.5 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de concent. al 4.25 % \_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_  
Cantidad de icodextrina: \_\_\_\_\_ Volumen(ml) \_\_\_\_\_
- Marcadores virales:**
- VIH:       Positivo    Negativo  
Hepatitis C:    Positivo    Negativo  
Hepatitis B:  
AgHbs       Positivo    Negativo  
AcHbs       Positivo    Negativo  
AcHbc       Positivo    Negativo

**B- IMPLANTE DE CATETER:**  NO  SI

Fecha de ingreso: \_\_/\_\_/\_\_

Fecha de egreso: \_\_/\_\_/\_\_

Total de días de internación: \_\_

Se utilizaron dispositivos?  No  Si

Cual \_\_\_\_\_

**C- RETIRO DE CATETER:**  NO  SI

Fecha de ingreso: \_\_/\_\_/\_\_

Fecha de egreso: \_\_/\_\_/\_\_

Total de días de internación: \_\_

**D- COMPLICACIONES EN EL MES:**  NO  SI

	Requirió internación	Fecha ingreso	Fecha egreso
Complicación: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	__/__/__	__/__/__
Complicación: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	__/__/__	__/__/__
Complicación: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	__/__/__	__/__/__

Total de días de internación por complicaciones: \_\_

**E – COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA TÉCNICA (CIT)**

Nº de episodios de CIT en el mes: \_\_\_\_

**1er episodio del mes:**

Fecha comienzo: \_\_/\_\_/\_\_ Tipo:  Recaída Hospitalización:  No  Si Días: \_\_\_\_

Germen: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha finalización: \_\_/\_\_/\_\_

Recurrencia  
 Reinfeción

Evolución:  Requirió cambio de plan ATB  
 Requirió maniobras quirúrgicas  
 Curación  
 Curación con retiro de cateter  
 Trasferencia a hemodiálisis  
 Fallece

**2do episodio del mes:**

Fecha comienzo: \_\_/\_\_/\_\_ Tipo:  Recaída Hospitalización:  No  Si Días: \_\_\_\_

Germen: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha finalización: \_\_/\_\_/\_\_

Recurrencia  
 Reinfeción

Evolución:  Requirió cambio de plan ATB  
 Requirió maniobras quirúrgicas  
 Curación  
 Curación con retiro de cateter  
 Trasferencia a hemodiálisis  
 Fallece

**3er episodio del mes:**

Fecha comienzo: \_\_/\_\_/\_\_ Tipo:  Recaída Hospitalización:  No  Si Días: \_\_\_\_

Germen: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha finalización: \_\_/\_\_/\_\_

Recurrencia  
 Reinfeción

Evolución:  Requirió cambio de plan ATB  
 Requirió maniobras quirúrgicas  
 Curación  
 Curación con retiro de cateter  
 Trasferencia a hemodiálisis  
 Fallece

**F- ADIESTRAMIENTO ALEJADO DEL IMPLANTE:**  NO  SI

Fecha de ingreso: \_\_/\_\_/\_\_ Fecha de egreso: \_\_/\_\_/\_\_ Total de días de internación: \_\_\_\_

**G- MEDICO RESPONSABLE**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## INDICE DE CHARLSON MODIFICADO

- |                                     |                          |    |                          |    |
|-------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Enfermedad coronaria                | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Insuficiencia cardíaca congestiva   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad vascular periférica      | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad vascular cerebral        | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Demencia                            | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad pulmonar crónica         | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad del tejido conectivo     | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Úlcera péptica                      | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad hepática leve            | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Diabetes                            | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Hemiplejia                          | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad renal moderada-severa    | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Diabetes con daño de órganos diana  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Cualquier tumor, leucemia, linfoma  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad hepática moderada-severa | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Tumor sólido metastático            | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| SIDA                                | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Resultado ICM                       | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |