

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

Situacion 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 Recurrencia Reinfeción Hospitalización: No Si Días: ____
 Germen: _____ Evolución: Requirió cambio de plan ATB Requirió maniobras quirúrgicas Curación Curación con retiro de cateter Trasferencia a hemodiálisis Fallece
 Tratamiento: _____
 Fecha finalización: __/__/__

2do episodio del mes:

Fecha comienzo: __/__/__ Tipo: Recaída Recurrencia Reinfeción Hospitalización: No Si Días: ____
 Germen: _____ Evolución: Requirió cambio de plan ATB Requirió maniobras quirúrgicas Curación Curación con retiro de cateter Trasferencia a hemodiálisis Fallece
 Tratamiento: _____
 Fecha finalización: __/__/__

3er episodio del mes:

Fecha comienzo: __/__/__ Tipo: Recaída Recurrencia Reinfeción Hospitalización: No Si Días: ____
 Germen: _____ Evolución: Requirió cambio de plan ATB Requirió maniobras quirúrgicas Curación Curación con retiro de cateter Trasferencia a hemodiálisis Fallece
 Tratamiento: _____
 Fecha finalización: __/__/__

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 _____

