

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO A PLAN DE DIALISIS CRONICA AMBULATORIA

HEMODIÁLISIS

DPCA

FECHA : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ EDAD _____ años _____ meses _____ días

SEXO : Femenino Masculino IMAE _____

=====

Ingreso: a coordinar:
 ya realizado: Fecha de ingreso: ____/____/____

Motivo por el cual ingresó a plan antes de solicitar autorización: _____

PROCEDENCIA: Tratamiento médico Fracaso de TR Otra

RAZA: Blanco Negro Mulato Otra

OCUPACION:

NIVEL DE EDUCACION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin ocupación | <input type="checkbox"/> Propietario agricultura |
| <input type="checkbox"/> Menor dependiente (<15 años) | <input type="checkbox"/> Propietario servicio |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Empleado rural |
| <input type="checkbox"/> Profesional liberal | <input type="checkbox"/> Empleado comercio |
| <input type="checkbox"/> Artesano | <input type="checkbox"/> Empleado servicio |
| <input type="checkbox"/> Propietario industrial | <input type="checkbox"/> Tareas del hogar |
| <input type="checkbox"/> Propietario comercio | <input type="checkbox"/> Funcionario público |
| | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| | <input type="checkbox"/> Otros |

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> UTU |
| <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Universidad |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | |

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional: _____ Nombre _____

Firma _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

ANTECEDENTES PERSONALES

1 - NEFROLÓGICOS

IRC Conocida desde ___/___/___
1er control con Nefrólogo:
Fecha: ___/___/___ Creatinina (mg%) _____

2 - CARDIOVASCULARES: Si No

Insuf. cardíaca Cardiopatía isquémica
 Arritmia Valvulopatía
 Cirugía cardíaca Otros
 Arteriopatía obstructiva crónica de MMII
 H.T.A. Conocida desde _____
Tratada con _____

3 - RESPIRATORIOS: Si No

Asma E.P.O.C.
 T.B.C. Otros _____

4 - NEUROLÓGICOS: Si No

Enfermedad cerebrovascular
 Epilepsia Síndrome Parkinsoniano
 Demencia Otros _____

5 - DIGESTIVOS: Si No

Úlcus gastroduodenal Hepatopatía
 Patología colónica Otros _____

6 - INMUNOLÓGICOS Si No

LES P.A.C. Otros _____

7 - ENDOC-METABÓLICOS: Si No

Diabetes: Otros _____
 Tipo I Tipo II
Conocida desde _____ Tratada con _____

8 - OTROS Si No

Nefrotóxicos VIH
 Alcoholismo Fumador actual
 Ex_fumador Drogadicción
(abandonó hace > 2años)

9 - HEMATOLÓGICOS: Si No

Trastornos hemorrágicos Estados trombofílicos
 Anemia Otros _____

10 - ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: Si No

Especificar _____

ANTECEDENTES FAMILIARES Si No

HTA Diabetes Nefropatía Otros

CONDICIONES DE INGRESO

Descompensación urémica Fecha: ___/___/___

Ingreso a plan coordinado Fecha ___/___/___

Observaciones: _____

EXAMEN FÍSICO:

1. Conciencia

2. Piel y mucosas

Normocoloreadas Anemia Deshidratación
 Lesiones Escaras

3. Valoración nutricional: Normonutrido Desnutrido

4. Bucofaringe: SP Focos sépticos Prótesis

5. Linfoganglionar: Normal Anormal

6. Cardiovascular: Ritmo: _____ Frecuencia: _____

Soplos: Si No Galope: Si No Roces: Si No

Pulsos periféricos: Presentes Ausentes

Várices: Si No T.V.P.: Si No

PAS: _____ PAD: _____

7. Pleuropulmonar

8. Abdomen:

9. Sistema nervioso

10. Osteoarticular:

Peso (kg): _____, ____ Talla (cm): _____

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Actividad diaria:

Sin limitaciones Muy limitado
 Con limitaciones Incapacitado (necesita asistencia)

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS

MEDICACIÓN QUE RECIBÍA HABITUALMENTE:

Eritropoyetina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Estatinas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hierro v/o	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Antiagregantes plaquetarios	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hierro i/v	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Calcio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
IECA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Captoreadores del fósforo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
ARA II	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Vitamina D	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

PARACLÍNICA AL INGRESO A PLAN

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RENAL:

IONOGRAMA: Fecha: ___/___/___

Azoemia ___ , ___	Fecha ___/___/___	Na (mEq/l) ___
Creatininemia ___ , ___	Fecha ___/___/___	K (mEq/l) ___ , ___
Cl. de Creatinina _____ , ___	Fecha ___/___/___	Ca (mg /o) ___ , ___

HEMOGRAMA: Fecha ___/___/___ Hto __ , __ Hb __ , __ GB _____ Plaquetas _____

Marcadores virales: Fecha ___/___/___

VIH : Positivo Negativo
 AgHbs: Positivo Negativo
 AcHbs: Positivo Negativo
 AcHbc: Positivo Negativo
 AcHVC: Positivo Negativo

Vacuna Hepatitis B: SI NO

Recibió vacuna antiNeumocócica en el último año? SI NO

Recibió vacuna antinfluenza en el último año? SI NO

Ecografía renal: NO Fecha ___/___/___ _____

Rx.de torax: NO Fecha ___/___/___ Normal Patológica _____

E.C.G.: NO Fecha ___/___/___ Normal Patológico _____

PBR: NO Fecha ___/___/___ Normal Patológica Informe _____

CONSULTA CON ESPECIALISTA: NO Cual ? Adjunte informe a) _____
 b) _____
 c) _____

DIAGNÓSTICO DE NEFROPATÍA: (código) _____ Desc _____
 Marcar sólo el principal Ver tabla adjunta

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

Ingreso a plan de HEMODIÁLISIS Ingreso a DIALISIS PERITONEAL

OBSERVACIONES : _____

ANGIOACCESO ACTUAL

FAV NO SI Fecha de realización.: ____/____/____ Tipo: NATIVA PROTÉSICA

Topografía: M. SUP. Proximal
 M. INF. Distal

CATETER PERMANENTE Si No

CATETER TRANSITORIO Si No

Angioacceso utilizado en la 1ra hemodiálisis: FAV Cateter transitorio

ACCESO PERITONEAL

CATETER PERITONEAL: N° de cateter: _____ Implante: Quirúrgico Por punción

Fecha de colocación del cateter: __/__/_____

MORBILIDAD

Internación en el ingreso actual: NO SI Cuantos días _____

Complicaciones: (código) _____ (código) _____ (código) _____

NEFRÓLOGO TRATANTE

N° de caja profesional: _____ Nombre _____

Asiste al paciente desde: ____ / ____ / _____

Firma: _____

CÓDIGOS DE ENFERMEDAD RENAL (NEFROPATÍA)

SIN DIAGNÓSTICO

- 1001- SIN DIAGNÓSTICO sin BIOPSIA
- 1003- SIN DIAGNÓSTICO con BIOPSIA INCLASIFICABLE

GLOMERULOPATÍAS PRIMARIAS

- 1101- GN SIN HISTOLOGÍA
- 1102- SÍNDROME NEFRÓTICO DEL NIÑO (sin histología)
- 1103- GN RAPIDAMENTE PROGRESIVA (sin histología)
- 1111- LESIÓN GOMERULAR MÍNIMA
- 1121- HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA PRIMARIA
- 1122- HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA SECUNDARIA
- 1123- HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA sin especificar
- 1131- GN MEMBRANOSA PRIMITIVA
- 1132- GN MEMBRANOSA SECUNDARIA
- 1133- GN MEMBRANOSA sin especificar
- 1141- GN MEMBRANOPROLIFERATIVA tipo I
- 1142- GN MEMBRANOPROLIFERATIVA tipo II (depósitos densos)
- 1143- GN MEMBRANOPROLIFERATIVA tipo III
- 1144- GN MEMBRANOPROLIFERATIVA sin especificar
- 1151- N. IgA
- 1152- GN FOCAL (NO IgA)
- 1153- GN MESANGIAL (NO IgA)
- 1154- GN INTRACAPILAR DIFUSA
- 1155- GN POST INFECCIOSA
- 1156- GN EXTRACAPILAR (limitada al riñón)
- 1157- GN ESCLEROSANTE CRÓNICA
- 1158- OTRAS GLOMERULOPATÍAS

GLOMERULOPATÍAS SISTÉMICAS

- 1201- NEFROPATÍA LÚPICA
- 1211- NEFROPATÍA DIABÉTICA EN DIAB TIPO I
- 1212- NEFROPATÍA DIABÉTICA EN DIAB TIPO II
- 1213- NEFROPATÍA DIABÉTICA sin especificar
- 1220- VASCULITIS SIN CLASIFICAR
- 1221- VASCULITIS.POLIARTERITIS MICROSCÓPICA
- 1222- VASCULITIS. ENF DE WEGENER
- 1223- VASCULITIS.POLIARTERITIS CLÁSICA
- 1224- VASCULITIS.SCHONLEIN HENOCH
- 1225- NEFROPATÍA por Síndrome Antifosfolípido Primario
- 1226- VASCULITIS. OTRAS.
- 1231- AMILOIDOSIS PRIMARIAS
- 1232- AMILOIDOSIS SECUNDARIAS
- 1233- AMILOIDOSIS sin especificar
- 1240- ENF. DE CADENAS LIVIANAS
- 1241- CRIOGLOBULINEMIAS
- 1242- MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA
- 1243- ESCLEROSIS SISTÉMICA (ESCLERODERMIA)
- 1244- SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO
- 1245- ENFERMEDAD DE GOODPASTURE

UROPATÍA OBSTRUCTIVA

- 1301- LITIASIS
- 1302- UROPATÍA OBSTRUCTIVA CONGÉNITA
- 1303- UROPATÍA OBSTRUCTIVA BENIGNA sin especificar
- 1304- OBSTRUCCIÓN POR ADENOMA DE PRÓSTATA
- 1305- UROPATÍA OBSTRUCTIVA MALIGNA sin especificar
- 1306- OBSTRUCCIÓN POR NEOPLASMA DE PRÓSTATA
- 1307- NEFROPATÍA POR REFLUJO URÉTERO-VESICAL
- 1308- FIBROSIS RETROPERITONEAL
- 1309- TUMORES DE VIAS URINARIAS
- 1310- LIGADURA DE URÉTERES
- 1311- OTRAS UROPATÍAS OBSTRUCTIVAS

NEFROPATÍAS TÚBULOINTERSTICIALES

- 1401- NEFROPATÍA POR DROGAS
- 1402- N.T.I. INMUNOLÓGICA (incluye Sarcoidosis y Sjögren)
- 1403- N.T.I. INFECCIOSA (PIELONEFRITIS CRÓNICA)
- 1404- MIELOMA
- 1405- OTRA GAMMAPATÍA MONOCLONAL
- 1406- NEFROCALCINOSIS
- 1407- DREPANOCITOSIS
- 1408- CISTINOSIS
- 1409- OXALOSIS
- 1410- N.T.I. sin causa conocida

ENFERMEDAD QUÍSTICA

- 1501- POLIQUISTOSIS RENAL
- 1502- ENF. MULTIQUÍSTICA
- 1503- ENF. QUÍSTICA MEDULAR

ENFERMEDAD VASCULAR ISQUÉMICA

- 1601- HIPERTENSIÓN ARTERIAL BENIGNA
- 1602- HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA
- 1603- ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL
- 1604- EMBOLIA COLESTERÍNICA
- 1605- NECROSIS CORTICAL / NT AGUDA irreversible

ENFERMEDADES HEREDITARIAS

- 1701- ANOMALIAS HEREDITARIAS DE LA MBG
- 1702- SÍNDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO
- 1703- SÍNDROME DE ALPORT
- 1706- HIPOPLASIA RENAL
- 1707- DISPLASIA RENAL
- 1708- ESCLEROSIS TUBEROSA
- 1709- ENF. DE FABRY
- 1710- OTRAS NEFROPATÍAS HEREDITARIAS

MISCELÁNEA

- 1801- TUBERCULOSIS
- 1802- GOTA
- 1803- NEFROPATÍA LIGADA AL VIH
- 1804- GN EN HEPATOPATÍAS
- 1805- NEFROPATÍA GRAVÍDICA
- 1806- NEFRECTOMÍA por TUMOR RENAL
- 1807- PÉRDIDA TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DEL RIÑÓN
- 1808- OTRAS NEFROPATÍAS