

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA PERMANECER EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

FECHA: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Sexo: Femenino Masculino

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el equipo de trasplante renal del IMAE que sigue al paciente.

IMAE _____

Nivel de educación: Ninguno
 Preescolar
 Primaria Grado: 1ero 2do 3ero 4to 5to 6to
 Ciclo básico Grado: 1ero 2do 3ero

Paciente en diálisis? No Si Fecha de ingreso a diálisis: ___/___/___

Tipo de diálisis: Hemodiálisis DPCA Centro o Servicio: _____

Nuevos AP a considerar:

ANTECEDENTES GENERALES <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> Estados trombofílicos
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Patología psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Desarrollo cognitivo no acorde con la edad	<input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol
<input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso Sistémico	<input type="checkbox"/> Consumo de Tabaco
<input type="checkbox"/> Artritis Idiopática Juvenil	<input type="checkbox"/> Consumo de Cocaína
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Consumo de Marihuana
<input type="checkbox"/> Dislipemia	<input type="checkbox"/> Consumo de otras sustancias psicoactivas
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Otros antecedentes generales
<input type="checkbox"/> Alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico	

ANTECEDENTES UROLÓGICOS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Litiasis
<input type="checkbox"/> Infecciones
<input type="checkbox"/> RVU
<input type="checkbox"/> Uropatía obstructiva
<input type="checkbox"/> Malformaciones congénitas
<input type="checkbox"/> Otros antecedentes urológicos

Observaciones: _____

SITUACION CLÍNICA ACTUAL

EXAMEN FÍSICO:

Peso: _____ kg **Talla:** _____ m **IMC:** _____

1. Conciencia

2. Piel y mucosas

Normocoloreadas Anemia Deshidratación
 Lesiones Escaras

3. Valoración nutricional: Normonutrido Desnutrido
 Obesidad mórbida

4. Bucofaringe: Focos sépticos

5. Linfoganglionar: Normal Anormal

6. Cardiovascular: Ritmo: _____ Frecuencia: _____

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

Pulsos periféricos: Presentes Ausentes

Várices: Si No

P.A.: _____

7. Angioacceso: Tipo: FAV Prótesis Cateter
Nº _____

8. Cateter peritoneal: Si No

9. Pleuropulmonar

10. Abdomen:

11. Sistema nervioso

12. Osteoarticular:

13. Inmunizaciones

Hepatitis A _____/_____/_____
 Hepatitis B _____/_____/_____
 Antineumococo _____/_____/_____
 Antigripal _____/_____/_____
 Antitetánica _____/_____/_____
 Antihemophilus _____/_____/_____
 Otras

ESTUDIOS y TRATAMIENTOS e INTERCONSULTAS (En el último año)

MARCADORES VIRALES: Fecha _____/_____/_____

VIH : Positivo Negativo No realizado
AgHBs: Positivo Negativo No realizado
AcHBs: Positivo Negativo No realizado
AcHBc: Positivo Negativo No realizado
AcHVC: Positivo Negativo No realizado
AcHA: Positivo Negativo No realizado

PPD: _____ mm. (No se reitera si anteriormente fue mayor o igual a 10 mm)

VDRL: Positivo Negativo

Interconsulta c/urólogo: No Si → Contraindicación para Trasp.renal: Si No

ECG Normal Patológico

ECOCARDIOGRAMA Normal Patológico

RX DE TÓRAX: Normal Patológico

