

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO A PLAN DE DIALISIS CRÓNICA AMBULATORIA

HEMODIÁLISIS

DIÁLISIS PERITONEAL

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 1era diálisis: ____/____/____

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"/> Primaria | <input type="checkbox"/> UTU |
| <input type="checkbox"/> Menor dependiente (<15 años) | <input type="checkbox"/> Propietario servicio | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Universidad |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Empleado rural | <input type="checkbox"/> Ninguno | |
| <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 | | |

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 Síndrome cardio-renal
 Arteriopatía obstructiva Otros
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 _____

11 - RESIDENCIA ACTUAL

- Domicilio
 Institucionalizado

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
 No No Roces: Si No
 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	Captadores 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) _____
Creatinemia ___ , ___	Fecha ___/___/___	K (mEq/l) _____
Cl. de Creatinina _____	Fecha ___/___/___	Ca (mg/o) _____

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

FUNCIONAL HEPÁTICO: Fecha ___/___/___

Bilirrubina total (mg/dl): ___ , ___	Fosfatasa alcalina (mU/mt): _____
Proteínas totales (gr/l): _____	Albumina (Gr/l): ___ , ___

ENZIMOGRAMA HEPÁTICO: Fecha ___/___/___

TGO (Mu/ML): _____ TGP (mU/ml): _____

METABOLISMO FÉRRICO: Fecha ___/___/___

Sideremia (gammas/dl): _____ , ___ Transferrina (gammas/dl): _____ Ferritina (ng/ml): _____

LIPIDOGRAMA: Fecha ___/___/___

Colesterolemia (mg/dl): _____ Trigliceridemia (mg/dl): _____ HDL (mg/dl): ___ LDL(mg/dl): _____

PTH: Fecha ___/___/___ PTH (pgr/ml): _____ , ___

HbA1C (Sólo para diabéticos): Fecha ___/___/___ HbA1C (%): ___ , ___

MARCADORES VIRALES: Fecha ___/___/___

VIH : <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	AchHbs: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
AgHbs: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	AchHVC: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
AcHbc: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	

INMUNIZACIONES:

Vacuna Hepatitis B: SI NO
 Recibió vacuna antiNeumocócica en el último año? SI NO
 Recibió vacuna antiInfluenza en el último año? SI NO
 Recibió vacuna anti COVID 19 en el último año? SI NO

ECOGRAFÍA RENAL: NO Fecha ___/___/___ _____

RX.DE TORAX: NO Fecha ___/___/___ Normal Patológica

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

ECOCARDIOGRAMA: Fecha ___/___/___

FEVI (%): ____, __ Hipertrofia VI: SI NO Disfunción diastólica: SI NO

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

CATÉTER PERMANENTE Si No
CATÉTER TRANSITORIO Si No

Angioacceso utilizado en la 1ra hemodiálisis: FAV Catéter transitorio

ACCESO PERITONEAL

CATÉTER PERITONEAL: N° de catéter: _____ Implante: Quirúrgico Por punción

Fecha de colocación del catéter: ___/___/___

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- LESION 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
1144- GN MEMBRANO PROLIFERATIVA SIN ESPECIFICAR
1159- GNMP NEFROPATIA C3
1164- GNMP POR DEPÓSITOS DENSOS
1165- GNMP SIN DEPÓSITOS DE INMUNOGLOBULINAS NI COMPLEMENTO
1166- GN MEMBRANOPROLIFERATIVA CON DEPÓSITO DE COMPLEMENTO E INMUNOGLOBULINAS
1151- N. IgA
1155- GN DIFUSA AGUDA POSTINFECCIOSA
1162- GN MESANGIAL IgM
1161- GN MESANGIAL C1q
1160- MEMBRANA BASAL DELGADA
1163- GLOMERULOPATÍA FIBRILAR
1156- GN EXTRACAPILAR (limitada al riñón)
1157- GN ESCLEROSANTE CRÓNICA
1158- OTRAS GLOMERULOPATÍAS

GLOMERULOPATÍAS SISTÉMICAS

- 1201- NEFROPATÍA LÚPICA
1211- NEFROPATÍA DIABÉTICA TIPO I
1212- NEFROPATÍA DIABÉTICA TIPO II
1213- NEFROPATÍA DIABÉTICA sin especificar
1214- Nefropatía Diabética tipo 1 con histología
1215- Nefropatía Diabética tipo 2 con histología
1220- VASCULITIS SIN CLASIFICAR
1246- VASCULITIS MPO
1247- VASCULITIS PR3
1248- VASCULITIS PAUCINMUNE ANCA NEGATIVA
1249- POLIANGIITIS EOSINOFÍLICA
1223- PAN CLASICA
1224- VASCULITIS DE 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- MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA
1243- ESCLEROSIS SISTÉMICA (ESCLERODERMIA)
1244- SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO
1245- ENFERMEDAD DE GOODPASTURE

UROPATÍA OBSTRUCTIVA Y NEFROUROPATÍA CONGÉNITA

- 1301- NEFROPATÍA LITIÁSICA
1303- UROPATÍA BENIGNA SIN ESPECIFICAR
1304- OBSTRUCCIÓN POR ADENOMA DE PRÓSTATA
1305- UROPATÍA OBSTRUCTIVA MALIGNA (sin especificar)
1306- OBSTRUCCIÓN POR NEOPLASMA DE PRÓSTATA
1308- FIBROSIS RETROPERITONEAL
1309- TUMORES DE VIAS URINARIAS
1310- LIGADURA DE URÉTERES

- 1311- OTRAS UROPATÍAS OBSTRUCTIVAS
1312- UROPATÍA CONGÉNITA ALTA UNILATERAL
1313- UROPATÍA CONGÉNITA ALTA BILATERAL
1314- VALVAS URETRALES
1315- DISPLASIA RENAL MULTIQUÍSTICA UNILATERAL
1316- DISPLASIA RENAL MULTIQUÍSTICA BILATERAL
1317- HIPOPLASIA RENAL UNILATERAL
1318- HIPOPLASIA RENAL BILATERAL
1319- DISINERGIA VESICOESFINTERIANA
1320- MONORRENO CONGÉNITO
1321- REFLUJO VESICoureTERAL UNILATERAL
1322- REFLUJO VESICoureTERAL BILATERAL
1323- VEJIGA NEURÓGENA

NEFROPATÍAS TÚBULO INTERSTICIALES

- 1401- NEFROPATÍA POR DROGAS
1411- NTI INMUNOLÓGICA POR SARCOIDOSIS
1412- NTI INMUNOLÓGICA POR ENFERMEDAD DE SJOGREN
1403- NTI INFECCIOSA (PIELONEFRITIS CRÓNICA)
1404- RIÑÓN DE MIELOMA (Nefropatía por cilindros)
1405- OTRA GAMMAPATÍA MONOCLONAL
1406- NEFROCALCINOSIS
1407- DREPANOCITOSIS
1408- CISTINOSIS
1409- OXALOSIS
1410- N.T.I. sin causa conocida

ENFERMEDADES RENALES QUÍSTICAS

- 1501- POLIQUISTOSIS RENAL
1506- POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE
1507- POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA RECESIVA
1502- ENFERMEDAD RENAL MULTIQUÍSTICA
1503- ENFERMEDAD QUÍSTICA MEDULAR
1505- NEFRONOPTISIS

ENFERMEDAD VASCULAR ISQUÉMICA

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

ENFERMEDADES RENALES HEREDITARIAS

- 1701- ANOMALIAS HEREDITARIAS DE LA MBG
1702- SÍNDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO
1703- SÍNDROME DE ALPORT
170- ESCLEROSIS TUBEROSA
1709- ENF. DE FABRY
1711- NEFROPATIA IgA HEREDITARIA FAMILIAR
1712- HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA FAMILIAR
1710- OTRAS NEFROPATÍAS HEREDITARIAS

MISCELANEA

- 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