

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de ANEMIA en la IRC

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

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 centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, 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.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

IMAE: _____ Fecha de ingreso a diálisis: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

PAS (mmHg): ___ ___ PAD (mmHg): ___ ___ Peso post-diálisis (Kg): ___ ___ , ___

Nº de volúmenes de GR transfundidos en los últimos 3 meses: ___ ___ volúmenes.

Pérdidas sanguíneas: Si No Síndrome infeccioso: Si No

Síndrome funcional anémico: Si No

PARACLÍNICA

Azoemia (gr/l): ___ , ___

Potasio(mEq/l): ___ , ___

Metabolismo férrico

Sideremia (gammas/ml): ___ ___ , ___

Saturación de transferrina (%): ___ , ___

Ferritina (ng/ml): ___ ___

Hemograma

Hemoglobina (gr/l): ___ , ___

Hematocrito (%): ___ , ___

VCM ___ ___

Glóbulos blancos ___ ___

Plaquetas ___ ___

La información aportada en este formulario debe venir acompañada de la documentación paraclínica correspondiente junto a un Resumen detallado de historia clínica.

TRATAMIENTO SOLICITADO

Eritropoyetina: No Si

Dosis semanal: ___ ___ UI

Dosis mensual total: ___ ___ UI