

## 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