

FORMULARIO DE CONTROL

DATOS DE LA PERSONA

Fecha: ____/____/____

Nombre completo _____ C.I.: _____

DIAGNÓSTICO NEFROLÓGICO: (código) _____

Fuma? ☐ Si ☐ No Obstrucción actual: ☐ No ☐ Si VRPM (cc): _____

Eventos CV desde último control: ☐ Cardiopatía isquémica ☐ Insuficiencia cardíaca

☐ AOC de MMII ☐ AVE

Hospitalización: ☐ Si ☐ No

Neoplasia ☐ Si ☐ No IRA: ☐ Si ☐ No ¿Contraído COVID-19? ☐ Si ☐ No Fecha: ____/____/____

Actividad diaria: ☐ Sin limitaciones ☐ Con limitaciones ☐ Muy limitado ☐ Incapacitado

EXÁMEN FÍSICO

PAS (mmHg): _____

PAD (mmHg): _____

Peso(kg) : _____ Talla (cm) : _____ Perímetro cintura (cm): _____

PARACLÍNICA

Fecha: ____/____/____

Fecha de biopsia renal: ____/____/____

Creatinina (mg/dl)		TG (mg/dl)	
Urea (gr/l)		HDL mg/dl)	
Proteinuria (g/l)		LDL (mg/dl)	
Proteinuria 24 hs (mg/l)		25 OH vit D (ng/ml)	
Albuminuria/creatininuria (mg/g)		Ferritina (mg/ml)	
Proteinuria/creatininuria (mg/g)		Sat. Transferrina (%)	
Potasemia (meq/l)		Albuminemia (g/dl)	
Hemoglobina (mg/dl)		Uricemia (mg/ml)	
Fosforemia (mg/dl)		Glicemia (gr/dl)	
Calcemia (mg/dl)		Hemoglobina glicosilada (%)	
PTHi (pg/ml)		Bicarbonato venoso (meq/l)	
Colesterol			

MEDICACIÓN (que recibe al momento del control) ☐ NO ☐ SI

Diuréticos		Betabloqueantes alfa SNC	
IECA		Antiagregantes	
ARA II		Hipoglucemiantes orales	
Estatinas		Insulina	
Allopurinol		25 OH vit D	
Betabloqueantes		1.25 OH vit D	
Calcioantagonistas		Gliflozinas	
Tiene indicación de EPO x FNR?		Dosis de EPO/sem:	

Si GLOMERULOPATIA	
Corticoides	
Ciclofosfamida	
Azatioprina	
Ciclosporina	
Tacrolimus	
Micofenolato	
I-TOR	

VACUNADO PARA: Hep. B: ☐ Si ☐ No Neumococo: ☐ Si ☐ No Influenza: ☐ Si ☐ No

COVID 19: ☐ Si ☐ No ¿Cuál vacuna? ☐ Pfizer ☐ Sinovac ☐ Astrazeneca ☐ Otras

Fecha última dosis: ____/____/____

ALTA DEL PROGRAMA

☐ Si Fecha de alta: ____/____/____

Motivo: ☐ Ingreso a Diálisis o Trasplante

☐ Fallecido Causa _____ (código)

☐ No

Fecha de próximo control: ____/____/____

MEDICO RESPONSABLE

Nº de caja profesional: _____ Dr. _____