

HISTORIA INICIAL

DATOS DE LA PERSONA

Fecha: ____/____/____

Nombre completo _____ C.I.: _____ - _____

FACTORES DE RIESGO Y PROGRESIÓN RENAL:

- ☐ Diabetes ☐ Nefrolitiasis ☐ AF enfermedad renal crónica
☐ HTA ☐ Trasplante renal funcionante ☐ Obstrucción urinaria actual VRPM (cc): ____
☐ Antecedente de IRA ☐ Tabaquismo actual ☐ Monorreno anatómico
☐ Otros ☐ Sin factores de riesgo

COMORBILIDAD:

- ☐ Cardiopatía isquémica ☐ AOC de MMII ☐ Neoplasia
☐ Insuficiencia cardíaca ☐ AVE ☐ Sin comorbilidad
 ¿Contraído COVID-19? ☐ Si ☐ No Fecha: ____/____/____

ACTIVIDAD DIARIA: ☐ Sin limitaciones ☐ Con limitaciones ☐ Muy limitado ☐ Incapacitado

DIAGNÓSTICO NEFROLÓGICO: (código) _____ Descripción: _____

CONTROL NEFROLÓGICO REGULAR: ☐ Si ☐ No

FECHA DE 1ER HALLAZGO DE ENFERMEDAD RENAL: ____/____/____

Creatinina (mg/dl)		Proteinuria (g/l)	
--------------------	--	-------------------	--

FECHA DE 1RA CONSULTA NEFROLÓGICA: ____/____/____

Creatinina (mg/dl)		Proteinuria (g/l)	
--------------------	--	-------------------	--

EXÁMEN FÍSICO

PAS (mmHg): ____ PAD (mmHg): ____ Peso(kg) : ____ Talla (cm) : ____ Perímetro cintura (cm): ____

PARACLÍNICA AL INGRESO ☐ NO ☐ SI

Creatinina (mg/dl)		Colesterol	
Urea (gr/l)		TG	
Proteinuria (g/l)		HDL	
Proteinuria 24 hs (mg/l)		LDL	
Microalbuminuria (mg/l)		Albuminemia (g/dl)	
Proteinuria/creatininuria (mg/g)		Uricemia (mg/dl)	
Potaseemia (meq/l)		Glicemia (gr/dl)	
Hemoglobina (mg/dl)		Hemoglobina glicosilada (%)	
Fosforemia (mg/dl)		Bicarbonato venoso (meq/l)	
Calcemia (mg/dl)			

MEDICACIÓN ☐ NO ☐ SI

	Prevía	Indicada		Prevía	Indicada
Diuréticos			Calcioantagonistas		
IECA			Betabloqueantes alfa SNC		
ARA II			Antiagregantes		
Estatinas			Hipoglucemiantes orales		
Allopurinol			Insulina		
Betabloqueantes			Gliflozinas		

¿Tiene indicación de Eritropoyetina? ☐ Si ☐ No Dosis semanal (UI): ____

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: ____/____/____

Fecha de próximo control: ____/____/____

MEDICO RESPONSABLE

Nº de caja profesional: _____ Dr. _____