

FORMULARIO DE CONTROL

DATOS DE LA PERSONA

Fecha: ____/____/____

Nombre completo _____ C.I.: _____ - _____

DIAGNÓSTICO NEFROLÓGICO: (código) _____

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

Desde último control:

Eventos CV: ☐ Cardiopatía isquémica ☐ Insuficiencia cardíaca ☐ AOC de MMII ☐ AVE

Hospitalización: ☐ Si ☐ No Neoplasia ☐ Si ☐ No IRA: ☐ Si ☐ No

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

EXÁMEN FÍSICO: PAS (mmHg): _____ PAD (mmHg): _____ Peso(kg) : _____ Talla (cm) : _____

PARACLÍNICA Fecha: ____/____/____ Fecha de biopsia renal: ____/____/____

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

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

Diuréticos		Antiagregantes	
Diuréticos bloq. mineralocorticoides		Antidiabéticos orales	
IECA		Insulina	
ARA II		25 OH vit D	
Estatinas		1.25 OH vit D	
Hipouricemiantes		Quelantes Fósforo	
Betabloqueantes		Gliflozinas (iSGLT2)	
Calcioantagonistas		Agentes alcalinizantes	
Bloqueantes alfa SNC			
Tiene indicación de EPO x FNR?		Dosis de EPO/sem:	

Si GLOMERULOPATIA	
Corticoides	
Ciclofosfamida	
Azatioprina	
Ciclosporina/ Tacrolimus	
Rituximab	
Micofenolato	
I-TOR	
Si PQR: Tolvaptan	

VACUNADO PARA: Hep. B: ☐ Si ☐ No

Influenza en el último año: ☐ Si ☐ No

Neumococo: ☐ Si ☐ No

COVID 19 en el último año: ☐ Si ☐ No

Si FG menor 20 ml/min: Respecto a la elección de futuro TSR, informado el paciente ha optado por y se ha derivado al/los equipo/s correspondiente/s para inicio oportuno:

Diálisis peritoneal ☐ Si ☐ No

Hemodiálisis (Cirugía vascular para FAV) ☐ Si ☐ No

Trasplante renal ☐ Si ☐ No

Tratamiento conservador (Cuidados Paliativos) ☐ Si ☐ No

CONTINUA EN CONTROL NEFROLÓGICO: ☐ No ☐ Si → Fecha de próximo control: ____/____/____

MEDICO RESPONSABLE

N° de caja profesional: _____ Dr. _____