

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 |

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

DIAGNÓSTICO NEFROLÓGICO: (código) _____

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) : ____

PARACLÍNICA AL INGRESO ☐ NO ☐ SI Fecha de biopsia renal: ____/____/____

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

MEDICACIÓN ☐ NO ☐ SI

	Previa	Indicada		Previa	Indicada
Diuréticos			Calcioantagonistas		
Diuréticos bloq. mineralocorticoides			Bloqueantes alfa SNC		
IECA			Antiagregantes		
ARA II			Antidiabéticos orales		
Estatinas			Insulina		
Hipouricemiantes			Gliflozinas		
Betabloqueantes			Agentes Alcalinizantes		

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

VACUNADO PARA: Hep. B: ☐ Si ☐ No Neumococo: ☐ Si ☐ No
Influenza en el último año: ☐ Si ☐ No COVID 19 en el último año: ☐ Si ☐ No

Fecha de próximo control: ____/____/____

MEDICO RESPONSABLE

Nº de caja profesional: _____ Dr. _____