**Formulario de teleclínica**

**Factores de riesgo cardiovascular**

**Instrucciones:** El/la integrante del equipo de salud completará solo los campos que corresponda y enviará el documento a proyectoechouruguay@fmed.edu.uy con la mayor anticipación posible a la teleclínica. Podrá adjuntar estudios de paraclínica, si es necesario, teniendo la precaución de ocultar los datos patronímicos del paciente.

**Número de caso** (campo a completar por el equipo ECHO):

**Fecha de envío:**

**Ciudad/localidad – Departamento:**

**Nombre del presentador en la teleclínica ECHO:**

¿Qué dificultades o problemas de este paciente quieres poner a consideración en la teleclínica? Escribe en el recuadro.

Información básica del paciente:

* Edad:
* Sexo:
* Nivel educativo hasta:
* Ocupación:
* ¿Con quién vive?
* Prestador de salud:

Antecedentes personales(coloca una X donde corresponda o escribe en el recuadro):

Consumos actuales (últimos 30 días):

|  |  |
| --- | --- |
| Alcohol |  |
| Marihuana |  |
| Tabaco |  |
| Otros |  |

 Factores de riesgo cardiovascular:

|  |  |
| --- | --- |
| Diabetes mellitus |  |
| Hipertensión arterial |  |
| Dislipemias |  |
| Obesidad |  |
| Tabaquismo previo |  |
| Sedentarismo |  |
| Enfermedad renal crónica |  |
| Antecedentes familiares |  |
| Estrés |  |

Antecedentes psicológicos/psiquiátricos:

Otros antecedentes personales:

Situación actual(resumen):

¿Qué destacas del examen físico?:

Paraclínica (adjuntar estudios si corresponde):

Tratamientos:

Complicaciones percibidas por el paciente sobre su condición:

**Tabaquismo**

* Índice paquete-año (número de cigarros por día dividido 20, por los años de dicho consumo):
* Consumo actual (número de cigarros por día):
* Tiempo entre que se despierta y enciende el primer cigarrillo (en minutos):
* ¿Quiere dejar de fumar?:
* ¿Cree que puede dejar de fumar?:

Tratamientos previos:

**Salud renal\***

Antecedentes familiares de enfermedad renal:

Factores de riesgo de enfermedad renal:

Creatinina previa\*\* (todas las que tenga en los últimos dos años, indicar fecha):

Proteinuria previa\*\* (todas las que tenga en los últimos dos años, indicar fecha):

Hematuria previa:

|  |  |
| --- | --- |
| Microhematuria |  |
| Macrohematuria |  |
| No |  |

Factores de agravación de la función renal:

\*Adjuntar exámenes de orina, creatinina y ecografía de aparato urinario.

\*\*Resultado y fecha. Reportar las disponibles de los últimos dos años.

**Estado nutricional**

Datos antropométricos:

* Peso habitual el último año (Kg):
* Peso actual (Kg):
* Talla (Cm):
* Índice de masa corporal (Kg/Cm2):
* Cintura (Cm):

|  |  |
| --- | --- |
| Ninguno |  |
| Menos de 3 |  |
| 3 o más |  |

Número de intentos para perder peso (último año):

|  |  |
| --- | --- |
| Bajó de peso |  |
| Mantuvo el peso |  |
| Aumentó de peso |  |

Resultados obtenidos en la mayoría de los casos:

|  |  |
| --- | --- |
| < 150 min /semana |  |
| >= 150 min/semana |  |

Nivel de actividad física:

Motivación para el cambio:

|  |  |
| --- | --- |
| No motivado |  |
| Algo motivado |  |
| Muy motivado |  |

**Salud cardiovascular**

|  |
| --- |
| **Factores de riesgo** |
| **Diabetes mellitus** | Complicaciones | Macroangiopatía |
| * Cardiopatía isquémica
 |  |
| * Ataque cerebrovascular
 |  |
| * Arteriopatía obstructiva crónica
 |  |
| Microangiopatía |
| * Nefropatía
 |  |
| * Polineuropatía
 |  |
| * Retinopatía diabética
 |  |
| Pie diabético |  |
| Cetoacidosis diabética en el último año |  |
| Hipoglucemia |  |
| HbA1c: |
| Tratamiento: | Antidiabéticos orales |  |
| Insulinoterapia |  |
| **Hipertensión arterial** | Tiempo de diagnóstico: |
| Control | Buen control (monitoreos en domicilio menores 140 /90) |  |
| Regular control |  |
| Complicaciones: |
| Tratamiento: |
| **Dislipemia** | LDL: |

Fin del formulario.