

INFORME MENSUAL DE PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL: AÑO _____ MES _____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ IMAE _____ (código)

Paciente del centro Paciente transitorio

Situación al día 31 del mes

- sin baja
 fallecimiento fecha baja ___/___/_____
causa de muerte desencadenante código _____
causa de muerte predisponente 1 código _____
causa de muerte predisponente 2 código _____
- indicación médica
 abandono
 recuperación funcional
 trasplante renal
 radicación en el exterior

A- CONTROL MENSUAL: NO SI

Fecha: ___/___/____

CANTIDAD DE DÍAS DE ARANCEL ___

TIPO DE TRATAMIENTO

- DPCA
- Cantidad de concent. al 1.5 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de concent. al 2.5 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de concent. al 4.25 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de icodextrina: _____ Volumen(ml) _____
- DPA Modalidad: DPI DPCC
- Cantidad de concent. al 1.5 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de concent. al 2.5 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de concent. al 4.25 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de icodextrina: _____ Volumen(ml) _____
- Realiza recambios diurnos Cantidad ___
- Cantidad de concent. al 1.5 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de concent. al 2.5 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de concent. al 4.25 % ___ Volumen(ml) _____
Cantidad de icodextrina: _____ Volumen(ml) _____
- Marcadores virales:**
- VIH: Positivo Negativo
Hepatitis C: Positivo Negativo
Hepatitis B:
AgHbs Positivo Negativo
AcHbs Positivo Negativo
AcHbc Positivo Negativo

Datos del control

Peso con abdomen lleno: _____, _____
PAS: ___ mmHg PAD: ___ mmHg
EPO: No Si _____ U/sem
Hierro intravenoso: No Si _____ mg/mes
Hierro vía oral: No Si _____
Epoetina Beta: No Si _____ mcgr/mes
Azoemia: ___ gr/l KTV de urea: _____
Cl de creatinina semanal (ml/min): _____ TCPn: _____
DP UREA, ___ gr% DP CREATININA, ___ mg%
PET: _____ Volumen drenado/24hs _____
UF día promedio: _____ Diuresis día promedio(ml) _____
Cl.residual (semisuma)(ml/min): _____
Sodio ___ mEq/l Potasio, ___ mEq/l
Calcio, ___ mg/% Fósforo, ___ mg/%
Fosfatasa alcalina ___ mU/ml PTH(i) _____, ___ pgr/ml
Hematocrito, ___ % H emoglobina, ___ g/ml
Glicemia, ___ gr/L Hba1C, ___ %
Colesterolemia, ___ mg Trigliceridemia, ___ mg
HDL, ___ mg LDL, ___ mg
Albúmina, ___ gr/l Sideremia, ___ gammas/ml
Transferrina, ___ mg/ml Ferritina, ___ mcgr
TGO, ___ mU/ml TGP, ___ mU/ml
Ecocardiograma: No Si
FEVI, ___ % Hipertrofia VI: Si No

B- IMPLANTE DE CATETER: NO SI

Fecha de ingreso: ___/___/___

Fecha de egreso: ___/___/___

Total de días de internación: __

Se utilizaron dispositivos? No Si

Cual _____

C- RETIRO DE CATETER: NO SI

Fecha de ingreso: ___/___/___

Fecha de egreso: ___/___/___

Total de días de internación: __

D- COMPLICACIONES EN EL MES: NO SI

	Requirió internación	Fecha ingreso	Fecha egreso
Complicación: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___/___/___	___/___/___
Complicación: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___/___/___	___/___/___
Complicación: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	___/___/___	___/___/___

Total de días de internación por complicaciones: __

E – COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA TÉCNICA (CIT)

Nº de episodios de CIT en el mes: ____

1er episodio del mes:

Fecha comienzo: ___/___/___ Tipo: Recaída Recurrencia Reinfeción Hospitalización: No Si Días: ____

Germen: _____

Tratamiento: _____

Fecha finalización: ___/___/___

Evolución: Requirió cambio de plan ATB
 Requirió maniobras quirúrgicas
 Curación
 Curación con retiro de catéter
 Tránsito a hemodiálisis
 Fallece

2do episodio del mes:

Fecha comienzo: ___/___/___ Tipo: Recaída Recurrencia Reinfeción Hospitalización: No Si Días: ____

Germen: _____

Tratamiento: _____

Fecha finalización: ___/___/___

Evolución: Requirió cambio de plan ATB
 Requirió maniobras quirúrgicas
 Curación
 Curación con retiro de catéter
 Tránsito a hemodiálisis
 Fallece

3er episodio del mes:

Fecha comienzo: ___/___/___ Tipo: Recaída Recurrencia Reinfeción Hospitalización: No Si Días: ____

Germen: _____

Tratamiento: _____

Fecha finalización: ___/___/___

Evolución: Requirió cambio de plan ATB
 Requirió maniobras quirúrgicas
 Curación
 Curación con retiro de catéter
 Tránsito a hemodiálisis
 Fallece

F- ADIESTRAMIENTO ALEJADO DEL IMPLANTE: NO SI

Fecha de ingreso: ___/___/___ Fecha de egreso: ___/___/___ Total de días de internación: ____

G- MEDICO RESPONSABLE

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

INDICE DE CHARLSON MODIFICADO

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad vascular periférica | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad vascular cerebral | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Demencia | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad del tejido conectivo | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad hepática leve | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Hemiplejía | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad renal moderada-severa | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Diabetes con daño de órganos diana | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Cualquier tumor, leucemia, linfoma | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Enfermedad hepática moderada-severa | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Tumor sólido metastático | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| SIDA | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |
| Resultado ICM | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | NO |