

**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: \_\_\_\_\_

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

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**2do episodio del mes:**

Fecha comienzo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo:  Recaída  
 Recurrencia  
 Reinfeción

Hospitalización:  No  Si Días: \_\_\_\_

Germen: \_\_\_\_\_

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

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3er episodio del mes:**

Fecha comienzo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo:  Recaída  
 Recurrencia  
 Reinfeción

Hospitalización:  No  Si Días: \_\_\_\_

Germen: \_\_\_\_\_

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

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

## DATOS ANUALES O FIN DE TRATAMIENTO

EDAD \_\_\_ años Talla (en cm) \_\_\_

ETIOLOGÍA: \_\_\_ (ingresar código)

Recibe medicación antihipertensiva:  Si  NO

Aptitud física:  Actividad normal irrestricta  
 Actividad normal con limitaciones  
 Actividad muy limitada  
 Incapacidad de cuidarse

Trabaja:  NO  SI  más que antes  Igual que antes  Menos que antes

### SEÑALE SI PRESENTA

Calcificaciones aórticas  Calcificaciones vasculares periféricas  
 Calcificaciones valvulares  Calcifilaxis

### SEÑALE SI RECIBE

Tratamiento con vitamina D  Tratamiento con captores de fósforo con aluminio  
 Tratamiento con captores de fósforo con calcio  Tratamiento con otros captores de fósforo

### SEÑALE SI TIENE:

Cardiopatía isquémica  Antecedentes de IAM  
 Antecedentes de AVE  Enfermedad vascular periférica  
 Enfermedad pulmonar crónica  Enfermedad neoplásica  
 Fuma  Diabetes  TIPO 1  TIPO 2

Se le realizó angioplastia coronaria:  NO  SI Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Se le realizó cirugía coronaria:  NO  SI Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Se le realizó recambio valvular:  NO  SI Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Se le realizó cirugía carotídea:  NO  SI Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Se le realizó revasc. de MMII:  NO  SI Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### TRASPLANTE RENAL

Fecha de ingreso al centro de diálisis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Paciente remitido a centro de trasplante renal:  Si  No Fecha de remitido: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Contraindicación absoluta  
 Negativa del paciente

Paciente en lista de espera para TR?  SI  NO

### VACUNACIONES

En el último año recibió vacuna:  contra Hepatitis B  
 antiinfluenza  
 antineumocócica

## 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 |