

Planilla para Personas con condición de salud de origen renal

Apellido y Nombre de la Persona:

Médico Especialista Responsable:

Institución que lo asiste:

DIAGNOSTICO:		
ETIOLOGIA:		
FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD:		
DIABETES MIELLITUS	SI	NO
DIALISIS	SI	NO
FISTULA ARTERIOVENOSA	SI	NO
TRASPLANTE RENAL		
EN LISTA DE ESPERA	SI	NO
FUE TRASPLANTADO	SI	NO
Fecha del trasplante:		
RECHAZO DE TRASPLANTE	SI	NO
COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL		
TALLA EN PERCENTILO MENOR A 10	SI	NO
HIPERPARATIROIDISMO	SI	NO
OSTEODISTROFIA	SI	NO
POLINEUROPATIA MODERADA A SEVERA	SI	NO
ANEMIA CRÓNICA CON Hto < 30	SI	NO

Laboratorio

Examen de Laboratorio	Ultimo estudio Fecha:.....	Estudios anteriores Fecha:.....
FILTRADO GLOMERULAR		
CREATININA EN SANGRE		
UREA EN SANGRE		
CALCIO EN SANGRE		
FÓSFORO EN SANGRE		
HEMATOCRITO		
PROTEINURIA DE 24 HS		

Fecha:...../...../.....

.....  
Firma y Sello de Médico Especialista