

PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN RENAL

Nombre y Apellido del paciente:	
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
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 CRONICA 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		
FOSFORO EN SANGRE		
HEMATOCRITO		
PROTEINURIA DE 24 HS		

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

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA