

PLANILLA PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN RENAL

Apellido y Nombre 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		
HIPERPARATIROIDISMO	SI	NO
OSTEODISTROFIA	SI	NO
POLINEUROPATIA	SI	NO
ANEMIA	SI	NO
PERICARDITIS	SI	NO
ALTERACION DE CRECIMIENTO	SI	NO

LABORATORIO

Examen de Laboratorio	Ultimo estudio	Estudios anteriores
	Fecha:	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
-------------------------	--