

## PLANILLAS PARA PERSONAS CON CONDICIÓN DE SALUD DE ORIGEN RENAL

Apellido y Nombre: .....

Médico Especialista Responsable: .....

Institución que lo asiste: .....

<b>DIAGNOSTICO:</b>		
<b>ETIOLOGIA:</b>		
<b>FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD:</b>		
<b>DIABETES MIELLITUS</b>	SI	NO
<b>DIALISIS</b>		
<b>DIALISIS</b>	SI	NO
<b>FISTULA ARTERIOVENOSA</b>	SI	NO
<b>TRASPLANTE RENAL</b>		
<b>EN LISTA DE ESPERA</b>	SI	NO
<b>FUE TRASPLANTADO</b>	SI	NO
Fecha de Trasplante:		
<b>RECHAZO DE TRASPLANTE</b>	SI	NO
<b>COMPLICACIONES DE INSUFICIENCIA RENAL</b>		
<b>TALLA EN PERCENTILO MENOR A 10</b>	SI	NO
<b>HIPERPARATIROIDISMO</b>	SI	NO
<b>OSTEODISTROFIA</b>	SI	NO
<b>POLINEUROPATIA MODERADA A SEVERA</b>	SI	NO
<b>ANEMIA CRÓNICA CON Hto. &lt; 30</b>	SI	NO



**LABORATORIO** (Presentar copia del último laboratorio)

<b>Examen de Laboratorio</b>	<b>Último estudio Fecha:.....</b>	<b>Estudios anteriores Fecha:.....</b>
FILTRADO GLOMERULAR		
CREATININA EN SANGRE		
UREA EN SANGRE		
CALCIO EN SANGRE		
FÓSFORO EN SANGRE		
HEMATOCRITO		
PROTEINURIA DE 24 HS		

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

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico actuante