**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 TRASPLANTADOFecha del trasplante: | 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 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