

FORMULARIO DE CONTROL

Fecha : ___/___/___

Nombre completo _____ C.I.: _____ - _____

DIAGNÓSTICO NEFROLÓGICO: (código) _____

FUMA: NO SI

EVENTOS CARDIOVASCULARES DESDE ÚLTIMO CONTROL

Cardiopatía isquémica Hipertrofia VI Insuficiencia cardíaca AOC de MMII AVE

EXÁMEN FÍSICO

PAS (mmHg): _____ PAD (mmHg): _____ Peso(kg) : _____ Perímetro cintura (cm): _____

PARACLÍNICA Fecha : ___/___/___

Creatinina (mg/dl)	
Urea (g/l)	
Proteinuria (g/l)	
Proteinuria 24 hs (g/d)	
Microalbuminuria (mg/l)	
Proteinuria/creatininuria (mg/g)	
Potasemia (meq/l)	
Hemoglobina (g/dl)	
Fosforemia (mg/dl)	
Calcemia (mg/dl)	

Colesterol (mg/dl)	
TG (mg/dl)	
HDL (mg/dl)	
LDL (mg/dl)	
Albuminemia (g/dl)	
Uricemia (mg/dl)	
Glicemia (g/l)	
Hemoglobina glicosilada (%)	

MEDICACIÓN marcar SI o NO

	RECIBE AL MOMENTO DEL CONTROL
Diuréticos	
IECA	
ARA II	
Estatinas	
Allopurinol	
Betabloqueantes	

Calcioantagonistas	
Bloqueantes alfa SNC	
Antiagregantes	
Hipoglucemiantes orales	
Insulina	

NO RECIBE IECA/ARA II por : Hiperpotasemia Agravación de función renal Embarazo

VACUNADO para: Hep.B: Si No Neumococo : Si No Influenza: Si No

ALTA DEL PROGRAMA No Fecha de próximo control: ___/___/___

Si Fecha de alta: ___/___/___

MOTIVO:

Ingreso a Programa NO justificado Ingreso a Diálisis o Trasplante Fallecido Causa _____ (código)

MEDICO RESPONSABLE

Nº de caja profesional: _____ Dr. _____