

**FORMULARIO INICIAL** Fecha : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO Y PROGRESIÓN RENAL:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Nefrolitiasis                | <input type="checkbox"/> Consumo crónico de AINE |
| <input type="checkbox"/> HTA                      | <input type="checkbox"/> AF enfermedad renal crónica  | <input type="checkbox"/> Hiperuricemia           |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia               | <input type="checkbox"/> Trasplante renal funcionante | <input type="checkbox"/> Obstrucción urinaria    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> Antecedente de IRA           | <input type="checkbox"/> Tabaquismo              |
| <input type="checkbox"/> Infecciones sistémicas   | <input type="checkbox"/> Reducción de masa renal      | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias   |

**COMORBILIDAD Cardiovascular**

- Cardiopatía isquémica     Hipertrofia VI     Insuficiencia cardíaca     AOC de MMII     AVE

**DIAGNÓSTICO NEFROLÓGICO:** (código) \_\_\_\_\_ (anotar un solo diagnóstico)

**FECHA DE 1ER HALLAZGO DE ENFERMEDAD RENAL :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Creatinina (mg/dl)

Proteinuria (g/l)

**CONTROL NEFROLOGICO REGULAR**     SI     NO

**FECHA DE PRIMERA CONSULTA NEFROLOGICA :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Creatinina (mg/dl)

Proteinuria (g/l)

**EXÁMEN FÍSICO**

PAS (mmHg): \_\_\_ PAD (mmHg): \_\_\_ Peso(kg) : \_\_\_ Talla (cm) : \_\_\_ Perímetro cintura (cm): \_\_\_

**PARACLÍNICA AL INGRESO**     NO     SI

Creatinina (mg/dl)	<input type="text"/>
Urea (gr/l)	<input type="text"/>
Proteinuria (g/l)	<input type="text"/>
Proteinuria 24 hs (g/día)	<input type="text"/>
Microalbuminuria (mg/l)	<input type="text"/>
Proteinuria/creatininuria (mg/g)	<input type="text"/>
Potasemia (meq/l)	<input type="text"/>
Hemoglobina (g/dl)	<input type="text"/>
Fosforemia (mg/dl)	<input type="text"/>
Calcemia (mg/dl)	<input type="text"/>

Colesterol (mg/dl)	<input type="text"/>
TG (mg/dl)	<input type="text"/>
HDL (mg/dl)	<input type="text"/>
LDL (mg/dl)	<input type="text"/>
Albuminemia (g/dl)	<input type="text"/>
Uricemia (mg/dl)	<input type="text"/>
Glicemia (gr/l)	<input type="text"/>
Hemoglobina glicosilada (%)	<input type="text"/>

**MEDICACIÓN** marcar SI o NO

	PREVIA	INDICADA
Diuréticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IECA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ARA II	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estatinas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allopurinol	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betabloqueantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calcioantagonistas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betabloqueantes alfa SNC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antiagregantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipoglucemiantes orales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insulina	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**MEDICO RESPONSABLE** N° de caja profesional: \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

