

Ingreso de paciente a diálisis

HOJA 1 DE 4

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara. Selección simple ☐ / Selección múltiple ☐

Centro de diálisis

* Nombre: * Nro de registro:

* Médico a cargo:

Primer tratamiento de diálisis en la vida del paciente

* Primer tratamiento: ☐ SI

☐ NO

* Fecha de la primera diálisis en la vida del paciente: / / (dd/mm/aaaa)

Datos personales

* Apellido:

* Nombre:

* Tipo de documento: ☐ DNI ☐ DNIM ☐ DNIF ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Pasaporte Número:

* Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

* Fecha de nacimiento: / / (dd/mm/aaaa)

* Nacionalidad: (Si es extranjero, especifique cuál)

* Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Vínculo de hecho

Domicilio del paciente

* Calle: * Nro: Piso: Dpto:

* Provincia:

* Partido/departamento:

* Localidad:

* CP:

* Teléfono 1: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo

Teléfono 2: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo

Teléfono 3: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo

Teléfono 4: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo

Teléfono 5: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Familiar ☐ Vecino ☐ Amigo

Correo electrónico:

Financiador vigente del paciente

* Financiador:

* Código de afiliado:

Fecha de vigencia: / / (dd/mm/aaaa)

* Cobertura:

Modalidad de diálisis:

* Modalidad: ☐ Hemodiálisis Bicarbonato ☐ Hemodiálisis Acetato ☐ DPCA ☐ DPI

* Diálisis: ☐ Adulto ☐ Pediátrico

* 1ª diálisis en este centro: / / (dd/mm/aaaa) Esta fecha corresponde a la primera diálisis del ingreso o reingreso actual.

Ingreso de paciente a diálisis

HOJA 2 DE 4

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara. Selección simple / Selección múltiple

* Etiología de IRC

- ☐ Desconocida
- ☐ Nefroangioesclerosis
- ☐ Nefropatía Diabética
- ☐ Glomerulonefritis
- ☐ Poliquistosis renal
- ☐ Síndrome Urémico Hemolítico
- ☐ Nefritis Túbulo Intersticial
- ☐ Amiloidosis
- ☐ Mieloma
- ☐ Nefropatía Obstructiva
- ☐ Nefropatía Lúpica
- ☐ Otra: Cuál?

Confirmado con biopsia: ☐ SI ☐ NO

Comorbilidad (sólo se deberá completar si la fecha de primera diálisis en la vida no supera los 90 días)

- * Trastornos cardiovasculares:

Angina persistente o infarto de miocardio ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Hipertensión ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Edad al diagnóstico en años:

Arritmia ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Insuficiencia cardíaca congestiva ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Pericarditis ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

(frote y/o derrame anterior y posterior)

Hipertrofia V.I. ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Diagnosticada por:

- * Enfermedades respiratorias:

Asma ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

EPOC ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

- * Diabetes:

Hipoglucemiantes ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Insulina ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Edad al diagnóstico en años:

Retinopatía diabética ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

- * Neuropatía autonómica:

Hipotensión ortostática ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Cistopatía ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

- * Trastornos neurológicos:

Neuropatía periférica ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Enfermedad cerebrovascular ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

(ACV y/o AI transitorio previos)

- * Enf. vascular periférica:

Déficit de pulso sin amputación ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Con amputación ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

- * Infecciones:
(excluidas las de acceso vascular o peritonitis en DP)

TBC ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

☐ Actual ☐ Antecedente

Enfermedad de chagas ☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

- * Neoplasia:

☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Cuál:

- * Tabaquismo durante los últimos 10 años:

☐ SI ☐ NO ☐ Desconoce

Ingreso de paciente a diálisis

HOJA 3 DE 4

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara. Selección simple ☐ / Selección múltiple ☐

Riesgo infectológico

En los últimos 6 meses al previos al ingreso recibió:

* Transfusiones ☐ SI ☐ NO Cantidad
* Cirugías ☐ SI ☐ NO Cantidad
* Internación ☐ SI ☐ NO Cantidad de días
* Vacunación para hepatitis B ☐ SI ☐ NO Esquema (Completo o incompleto)

Laboratorio

* Laboratorio:
* Fecha: / / (dd/mm/aaaa)
* Urea: mg/dl * Hematocrito: %
* Creatinina: mg/dl * Volumen urinario: ml
* Na+: mEq/l * Colesterol: mg/dl
* K+: mEq/l
* Albúmina: gr/dl

Serología

* Laboratorio:
* Fecha: / / (dd/mm/aaaa)
* Hbs Ag: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce * VDRL: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce
* Anti Hbs: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce * Toxo: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce
* Anticore: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce Epstein Barr: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce
* HCV: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce * PPD: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce
* HIV I: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce * Chagas: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce
* HIV II: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce Xenodiagnóstico: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce
* CMV: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce Hemocultivo : ☐ + ☐ - ☐ Desconoce
Gota Gruesa: ☐ + ☐ - ☐ Desconoce

Estudios complementarios

* Lugar de realización:
* Fecha: / / (dd/mm/aaaa)
* Peso: kg * Talla: cm
* Ecografía renal: ☐ SI ☐ NO * Rx de tórax: ☐ SI ☐ NO * Ecocardiograma: ☐ SI ☐ NO

* Acceso vascular / catéter peritoneal utilizado al ingreso

Transitorio: ☐
Definitivo: ☐ ☐ Fístula arteriovenosa autóloga ☐ Prótesis ☐ Catéter permanente
Catéter peritoneal: ☐ ☐ Curvo ☐ Recto

Ingreso de paciente a diálisis

Los datos marcados con * son obligatorios - Completar con letra de imprenta clara. Selección simple / Selección múltiple

HOJA 4 DE 4

* Capacidad funcional del paciente con IRCT al ingreso

- Para paciente de 16 años o mayor:
- ☐ Normal para la actividad física.

☐ Capaz de realizar actividad física normal, al menos parte del tiempo.

☐ Sólo capaz de realizar actividad física que implica su cuidado personal.

☐ Requiere al menos cierta asistencia para el cuidado. Puede requerir un cuidado especial, a menudo debilitado.

☐ Hospitalización imprescindible, puede estar moribundo.
- Para paciente menor de 16 años:
- ☐ Totalmente activo para juegos.

☐ Restricciones menores en juegos físicos extenuantes.

☐ Juegos con actividad limitada. Deambula más del 50% del tiempo.

☐ Necesita considerable asistencia para actividades tranquilas o limitado a actividades pasivas.

☐ Completamente imposibilitado, aún para juegos pasivos.

Situación laboral y nivel de estudios

- * Nivel de estudios:
- ☐ Primario

☐ Secundario

☐ Terciario

☐ Universitario

☐ Sin estudio

☐ Completo

☐ Incompleto
- * Capacitación laboral:
- ☐ Profesional

☐ Ocupación intermedia

☐ Trabajador no calificado

☐ Trabajador calificado manual

☐ Trabajador calificado no manual
- * Capacidad laboral actual:
- ☐ Capaz de trabajar tiempo completo

☐ Capaz de trabajar tiempo parcial

☐ Incapaz de desarrollar trabajo
- * Ocupación efectiva actual:
- ☐ Tiempo completo

☐ Tiempo parcial

☐ No trabaja
- * Justificación de la ocupación efectiva actual:
- ☐ Por elección

☐ No consigue trabajo

☐ Jubilado por edad

☐ Jubilado por enfermedad

☐ No corresponde por edad

☐ Por incapacidad

Ingreso neto del grupo familiar y vivienda

- * Ingreso neto:
- ☐ Sin ingresos

☐ Hasta \$ 500

☐ Entre \$ 500 y \$ 1000

☐ Más de \$ 1000
- * Vivienda permanente:
- ☐ Material

☐ Precaria

☐ Pensión u hotel
- * Cantidad de habitaciones:
-
- * Cantidad de ocupantes:
-
- * Baño instalado en la casa:
- ☐ SI

☐ NO
- * Cañería de agua dentro de la casa:
- ☐ SI

☐ NO

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada

Fecha de confección: / / (dd/mm/aaaa)

Firma y sello del médico a cargo

Firma y sello del director médico

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|---|
| CUCAIBA Provincia de Buenos Aires 0800-222-0101 | EAIT Ciudad de Buenos Aires 0800-333-6627 | ECODAI Provincia de Córdoba 0351-4344105 | CUDAIO Provincia de Santa Fe 0342-4574814 | INCAIMEN Provincia de Mendoza 0261-4201997 | CUCAITUC Provincia de Tucumán 0381-430-1444 | CUCAIER Provincia de Entre Ríos 0343-422-1198 | CUCAI Provincia de Salta 0387-431-9298 |
| CUCAI Provincia de Chaco 0362-4453534 | CUCAIMIS Provincia de Misiones 0376-4447792 | CUCAICOR Provincia de Corrientes 03794-420696 | CAISE Provincia de Santiago del Estero 0385-4236911 | INAISA Provincia de San Juan 0264-4201029 | CUCAI Provincia de Jujuy 0388-4221228 | CUCAI Provincia de Río Negro 02920-427748 | CUCAI Provincia de Formosa 0370-4436109 |
| CUCAI Provincia de Neuquén 0299-4430705 | CAIPAT Provincia de Chubut 0280-4421797 | CUCAI SAN LUIS Provincia de San Luis 0266-4446291 | CAICA Provincia de Catamarca 0383-4437902 | CUCAI Provincia de La Pampa 02954-427006 | CUCAILAR Provincia de La Rioja 0380-4431963 | CUCAI Provincia de Santa Cruz 02966-42-5411 | CUCAI Provincia de Tierra del Fuego 02901-421915 |