



Reingreso de paciente a diálisis

HOJA 1 DE 3

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:

* Motivo de reingreso

☐ Fallo del trasplante DVR

☐ Fallo del trasplante DC

☐ Reingreso post-interrupción

☐ Reingreso por nuevo deterioro de la función renal

☐ Reingreso por cambio de centro

☐ Otro

Cuál?

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:

Reingreso de paciente a diálisis

HOJA 2 DE 3

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

* Etiología de IRC

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Desconocida | <input type="radio"/> Nefroangioesclerosis | <input type="radio"/> Nefropatía Diabética |
| <input type="radio"/> Glomerulonefritis | <input type="radio"/> Poliquistosis renal | <input type="radio"/> Síndrome Urémico Hemolítico |
| <input type="radio"/> Nefritis Túbulo Intersticial | <input type="radio"/> Amiloidosis | <input type="radio"/> Mieloma |
| <input type="radio"/> Nefropatía Obstructiva | <input type="radio"/> Nefropatía Lúpica | <input type="radio"/> Otra: Cuál? <input type="text"/> |

Confirmado con biopsia: ☐ SI ☐ NO

Modalidad de diálisis:

- * Modalidad: ☐ Hemodiálisis Bicarbonato ☐ Hemodiálisis Acetato ☐ DPCA ☐ DPI
- * Diálisis: ☐ Adulto ☐ Pediátrico

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

Laboratorio

- * Laboratorio:
- * Fecha: / / (dd/mm/aaaa)
- | | |
|--|---|
| * Urea: <input type="text"/> mg/dl | * Hematocrito: <input type="text"/> % |
| * Creatinina: <input type="text"/> mg/dl | * Volumen urinario: <input type="text"/> ml |
| * Na+: <input type="text"/> mEq/l | * Colesterol: <input type="text"/> mg/dl |
| * K+: <input type="text"/> mEq/l | <input type="text"/> |
| * Albúmina: <input type="text"/> gr/dl | <input type="text"/> |

Serología

- * Laboratorio:
- * Fecha: / / (dd/mm/aaaa)
- | | |
|---|--|
| * Hbs Ag: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce | * VDRL: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce |
| * Anti Hbs: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce | * Toxo: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce |
| * Anticore: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce | Epstein Barr: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce |
| * HCV: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce | * PPD: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce |
| * HIV I: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce | * Chagas: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce |
| * HIV II: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce | Xenodiagnóstico: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce |
| * CMV: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce | Hemocultivo : <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> Desconoce |
| | Gota Gruesa: <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 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

Reingreso de paciente a diálisis

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

HOJA 3 DE 3

* Acceso vascular / catéter peritoneal utilizado al reingreso

Transitorio:

Definitivo:

Fístula arteriovenosa autóloga

Prótesis

Catéter permanente

Catéter peritoneal:

Curvo

Recto

* Capacidad funcional del paciente con IRCT al reingreso

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