

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE ABLACIÓN Y TRASPLANTE - I N ^A LE-R 1/2

A2. REGISTRO DE RECEPTORES POTENCIALES (LISTA DE ESPERA)

A2.1. ORGANO: RIÑONES

Doc. Ident. No. _____ Tipo ____ Fecha de Inscripción ____/____/____ Reg. No. _____

Datos Generales del paciente

Apellidos _____ Nombres _____ C.Id. No. _____

Sexo ____ E. Civil _____ Edad ____ Fecha Nac. ____/____/____ Nacionalidad _____

Dirección particular _____ No. _____ Ciudad _____

Departamento o Distrito _____ Teléfono _____ T.Cel. _____

E-mail _____

Dirección laboral _____ No. _____ Ciudad _____

Departamento o Distrito _____ Teléfono _____ T.Cel. _____

E-mail _____

Seguro Médico

Privado _____ Dirección _____

Telf / Fax _____ E-mail _____ Ciudad _____

Social _____ Dirección _____

Telf / Fax _____ Ciudad _____ T.Cel. _____ E-mail _____

Referencias adicionales al paciente

Pariente ____ Vecino ____ Destacamento Policial ____

Dirección _____ No. _____ Ciudad _____

Departamento o Distrito _____ Teléfono _____ T.Cel. _____ E-mail _____

Profesional responsable del paciente

Apellidos _____ Nombres _____ C.Id. No. _____

Registro Prof. No. ____ Dirección profesional _____ No. _____

Ciudad _____ Teléfono _____ T.Cel. _____ E-mail _____

Centro de Diálisis

Nombre _____ Dirección _____ No. _____

Ciudad _____ Teléfono _____ T.Cel. _____ E-mail _____

Responsable del Centro

Apellidos _____ Nombres _____ Registro Prof. ____ C.Id. No. _____

Centro de Trasplante

Nombre _____ Dirección _____ No. _____

Ciudad _____ Teléfono _____ T.Cel. _____ E-mail _____

Responsable del Centro

Apellidos _____ Nombres _____ Matrícula Prof. ____ C.Id. No. _____

INAT – Capitan Lombardo c/ Santísimo Sacramento

Telf. (595 21) 286 337 e-mail: inatpy@gmail.com

A2. REGISTRO DE RECEPTORES POTENCIALES (LISTA DE ESPERA) LE-R 2 / 2

Doc. Ident. No. _____ Tipo _____

Reg. No. _____

Etiopatología de la I.R.C.

Patología (con diagnóstico reservado) que llevó al paciente a insuficiencia renal terminal

Causa: _____ Confirmado con Biopsia?: Si _____ No _____

0	Desconocida	3	Nefropatía Obstructiva	6	Amiloidosis	9	Síndrome Urémico Hemolítico
1	Glomerulonefritis	4	Nefroangiosclerosis	7	Nefropatía Lúpica	10	Mieloma
2	NefritisTúbulo Intersticial	5	Polisquistosis Renal	8	Nefropatía diabética	11	Otras (especificar)

Ingreso a Diálisis: Fecha de Ingreso ____/____/____ HD ____ DPCA ____

Datos de la Inscripción en Lista de Espera (Primer Ingreso / Reinscripción): ____

Receptor: **Adulto:** Tratamiento Sustitutivo. Retrasplante ____

Pediatrico: Sin Tratamiento Sustitutivo

Clearance de Creatinina: _____ ml / min. / 1,73 m²

Serología

Fecha de Serología ____/____/____

	+	-	Desc		+	-	Desc		+	-	Desc		+	-	Desc
HIV I				HCV				EPD				Hemocultivo			
HIV II				CMV				Epstein Barr				Gota Gruesa			
HBs Ag				VDRL				Chagas (*)				-*-			
AntiCore				TOXO				Xenodiagnóstico				-*-			

(*) Efectuar tres pruebas: Por ELISA, Inmunofluorescencia y Fijación de Complemento.
Dos de las tres pruebas positiva simplifica Resultado Positivo.

Estudios Complementarios (Siglas: **M** Mandatorio; **O** Opcional; **N** Normal; **P** Patológico)

Descripción	M	O	N	P	Fecha
Valoración Cardiológica					___/___/___
RX Tórax					___/___/___
ECG					___/___/___
Ecocardiograma					___/___/___
Pruebas de Perfusión					___/___/___
Ecografía Abdominal					___/___/___
Certificado de Salud Bucal					___/___/___
Valoración Urológica					___/___/___
Ecografía Renal					___/___/___
Cistouretrografía					___/___/___
Paciente Pediátrico					___/___/___
Masc. > 50 años					___/___/___
Paciente c / ant. urol.					___/___/___
Paciente s / ant. urol.					___/___/___
Otros (especificar causas)					___/___/___
Estudios Urodinámicos					___/___/___
Valoración Gastrontestinal					___/___/___
SOMF					___/___/___
Endoscopia					___/___/___
Seriada Gastroduodenal					___/___/___
Colon (si tiene más de 40 años)					___/___/___
Evaluación Ginecológica					___/___/___
PAP					___/___/___
Mamografía					___/___/___
Grupo Sanguíneo y Factor RH					___/___/___

Obs:

Formulario enviado por _____ Reg. Prof. _____

Fecha ____/____/____

Firma del Responsable

Recibido en **I N A T** por _____

Fecha ____/____/____

Firma y sello de Autoridad Responsable