

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. ORGANOS: 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

Dirección _____ Pariente ____ Vecino ____ Destacamento Policial ____

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