

Anexo 2

Formato de Informe médico

I. DATOS GENERALES:

1. DATOS DEL PACIENTE:

- Apellidos y Nombres: _____
- Dirección del Domicilio: _____
- N° de Afiliación: _____
- Tipo de documento: DNI () Carné de extranjería ()
- N° de documento de identidad: _____
- IPRESS pública de procedencia: _____
- Teléfono: _____

2. DIRECCIONES DE EMERGENCIA:

- Apellidos y nombres: _____
- Relación con el paciente: _____
- Dirección: _____
- Teléfono: _____

II. EVALUACIÓN MÉDICA:

1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Enfermedad o condición clínica que produjo la insuficiencia renal: _____

Enfermedad o condición	Marcar r X
Diabetes mellitus	
Hipertensión arterial	
Glomerulopatías primarias	
Uropatía obstructiva	

Enfermedad o condición	Marcar X
Desconocida	
Otros (indicar): _____	

- Comorbilidades:

Enfermedad o condición	Marcar r X
Diabetes mellitus	
Hipertensión arterial	
Hepatitis B	
Hepatitis C	
VIH	

Enfermedad o condición	Marcar X
Tuberculosis	
Cáncer (indicar): _____	
Otro (indicar): _____	

Ninguno	

- Diuresis residual en 24 horas: _____
- Medicación que recibe: _____

- Alergia a Medicamentos: _____

• Transfusiones previas: Sí ☐ No ☐ Número: _____

• Inmunización contra hepatitis B: Completa ☐ En curso ☐

□ Solos se considera completa si ha cumplido con esquema indicado en línea de abajo.

- Esquema empleado: _____ N° Dosis: _____

- Fecha de 1ra dosis: ____/____/____

- Fecha de 2da dosis: ____/____/____

- Fecha de 3ra dosis: ____/____/____

- Fecha de 4ta dosis: ____/____/____

- Observaciones : _____

• Otras terapias previas de reemplazo renal

o Hemodiálisis: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____
Tiempo de diálisis por sesión: _____

o Diálisis Peritoneal: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

o Trasplante Renal: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

2. EXAMEN CLÍNICO:

• Peso Seco: _____ Talla: _____

• Piel: _____

• Acceso Vascular

- N° de accesos vasculares previos: _____

- Causa de cambio y/o pérdida: _____

- Fecha de realización de acceso vascular actual: ____/____/____

- Condición de acceso vascular actual: ☐ Funcionante ☐ No funcionante

- Ubicación: ☐ Radial ☐ Humeral ☐ Otros: _____

- Subclavia _____ Yugular interna _____ Femoral _____

- Tipo:

☐ Fístula arterio-venosa nativa

☐ Catéter venoso central temporal

☐ Catéter venoso central de larga permanencia

☐ Fístula protésica (injerto)

3. EVALUACIÓN DE LABORATORIO:

• Hematología:

- Grupo Sanguíneo: _____ Fecha: ____/____/____

- Factor Rh : _____ Fecha: ____/____/____

- Hb : _____ Fecha: ____/____/____

• Bioquímica:

- Glucemia : _____ Fecha: ____/____/____

- Urea : _____ Fecha: ____/____/____

- TGO : _____ Fecha: ____/____/____
- TGP : _____ Fecha: ____/____/____

• Serología:

- Serología sífilis : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- HBsAg : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- Anti HBs : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- Anti-VHC : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- HIV : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- HTLV-1 : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- Otros : _____
- Observaciones : _____

• COVID-19:

- Prueba molecular : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- Prueba antigénica : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- Prueba rápida : ☐ Positiva ☐ Negativo Fecha: ____/____/____
- Estado clínico : ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo
- Observaciones : _____

4. OTROS

III. DATOS DEL MÉDICO

- Apellidos y Nombres : _____
- N° CMP : _____
- Especialidad : _____
- N° RNE : _____