

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

Centro de diálisis: \_\_\_\_\_

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción \_\_\_\_\_

**ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

Descripción cuadro clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dializa:  NO  SI Desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ semana: \_\_\_\_\_Modalidad:  HD  DPCA

Acceso vascular: Tipo: \_\_\_\_\_ Funcionamiento: \_\_\_\_\_

Concentración Ca en el baño: meq/l: \_\_\_\_\_ Kt/V: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Transplantado:  NO  SI Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Resistencia a EPO:  SI  NOParatiroidectom.:  NO  SI Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**TOTALIDAD DE FÁRMACOS QUE RECIBE A LA FECHA**

Droga	Dosis	Droga	Dosis

**FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN**

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad envases / mes

**3 ÚLTIMAS DETERMINACIONES DE LABORATORIO (ADJUNTAR PROTOCOLOS FIRMADOS POR BIOQUÍMICO)**

Fecha	_____	_____	_____
Fósforo (mg/dl)	_____	_____	_____
Ca (mg/dl)	_____	_____	_____
Albúmina (g%)	_____	_____	_____
P x Ca	_____	_____	_____
FAL	_____	_____	_____
PTH (pg/ml)	_____	_____	_____

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (ADJUNTAR INFORMES)**

Estudio	Fecha	Resultado
Ecocardiograma		
Rx.		
Eco/Centello Parat.		
Otros...		

Dieta: breve resumen detallado y grado de cumplimiento firmado por nutricionista.

Proteínas (gr/kg/día): \_\_\_\_\_ Fósforo (mg/día): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA \_\_\_\_\_

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.