

**EsSalud****FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS**HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTÍNEZ
UNIDAD DE HEMODIÁLISISNOMBRE DEL ASEGURADO ALVAREZ Muñoz ELIA

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

N° AUTOGENERADO (COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)

61040609AAM05004

CÓN- YUGE	HUJO

EDAD
<u>61</u>

SEXO
M <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/>

Domicilio: _____ Dist.: _____ Teléfono: _____

Centro de trabajo: _____ Dist.: _____ Teléfono: _____

Centro Asist. Adscrito
<u>Rebagliati</u>

Hospital EsSalud
<u>H N E R M</u>

Apto para transplante
SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

Sesiones por semana
<u>3/4/5</u>

A partir del

Nuevo	<input type="checkbox"/>
Renovación	<input checked="" type="checkbox"/>
Reubicación	<input type="checkbox"/>

MOTIVO DE LA REFERENCIA

Por la presente el médico que suscribe establece en (los) diagnóstico (s) de:

CIE X

<u>INS - renal crónica - I</u>	<u>N/8.6</u>

Firma y sello presidente
Comité Diálisis Periódica
C.M.P.

[Firma]
Firma y sello de médico tratante
C.M.P.

[Firma]
Firma y sello del jefe de servicio
C.M.P.

Lima, 7 de Nov. 2022**MOTIVO DE LA REFERENCIA**

N°

--	--	--	--	--

Señores:

Sirvanse atender al asegurado de la referencia a quien se le otorgarán las sesiones de Diálisis especificadas por el médico tratante y bajo las condiciones detalladas en la ficha Clínico - Biológica.

Hasta el:	Día	Mes	Año

DISTRITO

(LLENADO SOLO POR U.C.R.C.)

Firma y sello del responsable de la U.C.R.C.

Lima, _____ de _____ 20_____

INFORME MÉDICO SUPERVISOR EN CLÍNICAEl médico que suscribe Certifica que el asegurado:
ha recibido las sesiones de diálisis en el período siguiente:

DEL:	DÍA	MES	AÑO	TOTAL DE SESIONES RECIBIDAS
AL:				

[Firma]
Firma y sello del jefe supervisor
C.M.P.

Lima, _____ de _____ 20_____

**FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICO - BIOLÓGICA
DE PACIENTES PARA INGRESO A PROGRAMA DE
DIÁLISIS PERIÓDICA**

Nombre: ALVAREZ MUÑOZ ELBIA N° Autogenerado: 6104010AHMOE001

I.- EVALUACIÓN CLÍNICA

- Causa de Insuficiencia Renal Crónica: ENF. POLIQUÍSTICA
- Antecedentes médicos de importancia: DM II en No 345 y 646
Trombosis de CVL
Hipertensión del bronquio
- Antecedentes quirúrgicos de importancia: Nefrectomía Dorsal
- HTA: Si ☐ No ☒
- Diuresis residual diaria:
- Abordaje vascular:

Catéter transitorio	Si	No
Fístula arterio venosa	Si	No
Injerto vascular	Si	No
- Ficha de primera hemodiálisis:
- Apto para trasplantes

Si
No
En evaluación

II.- EVALUACIÓN BIOLÓGICA

A.- Hematología:

Grupo sanguíneo y RH: AB (+)
Hb / Hcto: 11.9 / 37
Transfusiones previas: Si ☐ No ☐ Número:

B.- Bioquímico:

B.1. Urinario:

Depuración de creatinina endógena: < 15 ml/min



FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICO - BIOLÓGICA
DE PACIENTES PARA INGRESO A PROGRAMA DE
DIÁLISIS PERITÓNEAL

B.2.- Sérica:

Glicemia: 94
Úrea: _____
Creatinina: 5.95
Ácido úrico: _____
Proteínas totales: _____
Albumina: _____
Calcio: _____
Fósforo: _____

B.3.- Serológica:

Fecha: 10/10/22

Serológica para lues:

Reactivo

No reactivo

come = NO reactivo

Antígeno Australiano:

Reactivo

No reactivo

H. I. V.:

Reactivo

No reactivo

Vacunación contra:

Hepatitis B:

Completa

En curso

No vacuna

III.-INDICACIONES

- N° de sesiones u horas de diálisis por semana: 3 v/s
- Heparinización: _____
- Otros: _____


Firma médico responsable.