

ANEXO 2
FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICO - BIOLÓGICA DEL PACIENTE PARA INGRESO A
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERIÓDICA

NOMBRE : YOSHIKAWA FUKUYAMA EDUARDO FAUSTO

AUTOGENERADO : 5609201YHFUE004

I - EVALUACIÓN CLÍNICA :

Causa de Insuficiencia Renal :	DIABETES MELLITUS TIPO 2
Antecedentes Quirúrgico de importancia :	
HTA :	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Peso:	57.00
Talla :	1.70
Índice de Masa Corporal :	19.723183391003
Superficie de Masa Corporal :	1.64062996031
Abordaje vascular :	m2
Catéter transitorio :	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Cateter Permanente :	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Fistula arteriovenosa :	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Injerto vascular :	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Fecha de Primera hemodiálisis :	00/00/0000
Apto para trasplante :	

II - EVALUACIÓN BIOLÓGICA :

A) Hematología

Grupo sanguíneo y RH :	A+
Hemoglobina :	11.5
Hematocrito :	35.30
Transfusiones previas :	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Número :	

B) Bioquímico

B.1. Urinario :

Depuración de creatinina endógena :

B.2. Sérica :

Glicemia	
Úrea	186.4
Creatinina	10
Ácido úrico	10.6
Proteínas Totales	5.5
Albumina	3.2
Calcio	7.9
Fósforo	4.6

B.3. Serología :

Serología para lúes	NEGATIVO
Antígeno de superficie de superf. VHB	POSITIVO 10
Ac. contra el antígeno de superf. VHB :	43.02
Anticuerpo para Hepatitis C :	NEGATIVO
H.I.V. :	NEGATIVO
Vacuna contra Hepatitis b :	No vacuna

III - INDICACIONES :

Nro de sesiones u horas de diálisis por semana :	3V/SEMANA
Heparinización :	30 UI/KG/H
Otros :	

Dra. Flor Elena Vega Vidarte
MÉDICO NEFRÓLOGA,
CMP 74159 RNE 41387
Hosp. Nac. Guillermo Almenara

Firma de Médico Responsable

Acto Medico 7649658 (10629382-12/10/2022 10:15-172.22.12.61)

Apellidos y Nombres	YOSHIKAWA FUKUYAMA EDUARDO FAUSTO	Hno Historia Clínica	1616343
Doc. de Identidad	D.N.I. 08057945 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Atención	05/10/2022 Edad en la Atención 66 A 0 M 15 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	CONSULTA EXTERNA	Servicio Hosp.	NEFROLOGIA
Profesional Asistencial	RABANAL SEMINARIO KATHY Colegiatura 40708	Actividad Hosp.	ATEN.MED.AMBUL.
Actividad Específica	CONSULTA MEDICA		

Exámenes Auxiliares Solicitados (10629382-12/10/2022 10:15-172.22.12.61)

Solicitud Nro	1128646	Fecha de Solicitud	10/10/2022
Codigo	86287 ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAG)		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERF POSITIVO(10.36) M: 0-1 F: 0-1 >=1.00 Reactivo		
Codigo	86704 ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE LA NUCLEOCAPSIDE DE LA HEPATITIS B (HBCAB); TOTAL		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HEPATITIS B AC. ANTI CORE TOTA POSITIVO(8.67) M: 0-1 F: 0-1 >=1.00 Reactivo		
Codigo	86705 ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE LA NUCLEOCAPSIDE DE LA HEPATITIS B (HBCAB); ANTICUERPO IGM		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HEPATITIS B AC. ANTICORE IGM NEGATIVO(0.1) M: 0-1 F: 0-1 >=1.00 Reactivo MUESTRA: SANGRE TOTAL		
Codigo	86706 ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAB)		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HEPATITIS B AC CONTRA ANTIGENO 43.02 M: 0-10 F: 0-10 >= 10,000 Reactivo		
Codigo	86707 ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS BE (HBEAB)		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HEPATITIS B AC. CONTRA ANTIGEN POSITIVO M: 1-999.99 F: 1-999.99 <= 1.00 Reactivo		
Codigo	86708 ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS A (HAAB); TOTAL		
Indicaciones	INF: NO FECHA RESULTADO: / /		
Codigo	86709 ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS A (HAAB); ANTICUERPO IGM		
Indicaciones	INF: NO FECHA RESULTADO: / /		
Codigo	86803 ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS C		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HEPATITIS C ANTICUERPO NEGATIVO(0.09) M: 0-1 F: 0-1 >=1.00 Reactivo		
Codigo	87351 DETECCION DE AGE PARA HEPATITIS B (HBEAG)		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HEPATITIS B ANTIGENO E NEGATIVO(0.44) M: 0-1 F: 0-1 >=1.00 Reactivo		
Codigo	86592 PRUEBA DE SIFILIS; ANTICUERPO NO TREPONEMICO; CUALITATIVO (R. EJ. VDRL, RPR, ART)		
Indicaciones	INF: RPR: NO REACTIVO. FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 VDRL (SEROLOGICAS) SUERO NO REACTIVO		
Codigo	86780 ANTICUERPO; TREPONEMA PALLIDUM		
Indicaciones	INF: NO FECHA RESULTADO: / /		
Codigo	86781 ANTICUERPO CONTRA; TREPONEMA PALLIDUM, PRUEBA DE CONFIRMACION (R. EJ. FTA-ABS).		
Indicaciones	INF: NO FECHA RESULTADO: / /		
Codigo	86703 DETECCION DE ANTICUERPOS HIV 1-2		
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 10/10/2022		
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 HIV NEGATIVO M: 0-0.9 F: 0-0.9		