

**EsSalud****FORMULARIO ÚNICO DE DIÁLISIS**HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTÍNEZ
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NOMBRE DEL ASEGURADO

vercauteren Dupont Jean Paul

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

N° AUTOGENERADO

(COLOCAR NUMERACIÓN COMPLETA)

5 4 0 3 1 7 1 - 0 0 2

CON-
YUGE

HIJO

EDAD

SEXO

68

M F

Domicilio:

Dist.:

Teléfono:

Centro de trabajo:

Dist.:

Teléfono:

Centro Asist. Adscrito

Hospital EsSalud

Apto para
transplanteSesiones por
semana

A partir del

Nuevo

☐

HNERM

Si No

3x/se

23/09 22

Renovación:

☐

Reubicación:

☒**MOTIVO DE LA REFERENCIA**

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

CIE X

Enfermedad Renal Crónica	N18.6

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

Dr. Vercauteren Dupont Jean Paul
 Médico Asistente de Nefrología
 C.M.P. 5524 / 1533347

Dr. Vercauteren Dupont Jean Paul
 Médico Asistente de Nefrología
 C.M.P. 5524 / 1533347

1 Firma y sello del médico tratante
 C.M.P.

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

Lima, 23 de Setiembre, 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

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

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

2

Lima, de 20

INFORME MÉDICO SUPERVISOR EN CLÍNICA

El médico que suscribe Certifica que el asegurado:
 ha recibido las sesiones de diálisis en el período siguiente:

DÍA MES AÑO

TOTAL DE
 SESIONES
 RECIBIDAS

DEL:

AL:

3

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: Vercauteren Dupont Jean N° Autogenerado: 5403171-002

I.- EVALUACIÓN CLÍNICA

- Causa de Insuficiencia Renal Crónica: NAE
- Antecedentes médicos de Importancia: HTA, Asma, Esofagitis
- Antecedentes quirúrgicos de Importancia: —
- HTA: ☒ Si ☐ No # 100cc/día
- Diuresis residual diaria: —
- Abordaje vascular:

Catéter transitorio	Si	No	<u>CVC LP</u>
Fistula 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: 10.7 / B3.0
Hb / Hcto: 10.7 / B3
Transfusiones previas: Si ☒ No ☐ Número: —

B.- Bioquímico:

B.1.- Urinario:

Depuración de creatinina endógena: C/Sml /mln

HOJA DE EVALUACIÓN CLÍNICA - BIOLÓGICA
 DE PACIENTES PARA INGRESO A PROGRAMA DE
 DIÁLISIS PERITONEAL

B.2. Sérica:

Glicemia: 100
 Úrea: 172.91
 Creatinina: 9.0
 Ácido úrico: 5.2
 Proteínas totales: 6.36
 Albúmina: 3.98
 Calcio: 10.9
 Fósforo: 4.5

B.3. Serológica:

Fecha: 20 / 09 / 2022

Serológica para Ives:

Reactivo
 No reactivo

Antígeno Australiano:

Reactivo
 No reactivo

VHC: No reactivo

H.I.V.:

Reactivo
 No reactivo

Vacunación contra:

Hepatitis B:

Completa
 En curso
 No vacuna

III.-INDICACIONES

- Nº de sesiones u horas de diálisis por semana: 3.5 hrs 3x/ps.
- Heparinización: Según Protocolo.
- Otros:

Stamp: "Unidad de Nefrología", "Hospital de Especialidades", "CAMP 56200 LURE 29/331".

Firma médico responsable: