

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA PARA PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

DNI: Fechas: Nacimiento. : ___/___/___

1ra.consulta: ___/___/___

Sexo: Actual: ___/___/___

Nacionalidad: Edad Actual: ||| ||| años

Domicilio:

Localidad: Código Postal:

Provincia: Teléfono:

Obra Social: Nro. Afiliado:

Institución: Hist. Clínica Nro.: ||| ||| |||

Médicos Tratantes: Endocrinólogo: M.P.: ||| ||| |||

Nefrólogo: M.P.: ||| ||| |||

Domicilio: Localidad:

Cód.Postal: Teléfono:

Referido por:

Diagnóstico:

¿Está/estuvo en tratamiento con Hormona de Crecimiento?: Si/No

Hormona: Dosis:

Fecha Iniciación: ___/___/___ Fecha terminación: ___/___/___

Financia/ó: Lugar:

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE.

En la hojas siguientes los datos subrayados son obligatorios.

Apellido y Nombre:

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: N° ||| Evolución: Duración: |||sem.
Parto: N° ||| Caracter.: Anestesia:
Present.: Maniobras: Apgar: 1' ||| 5' |||
Peso Nac.: ||||| Long.corp. |||cm Perinatología:
Madurac. Ps.motriz: Escol.Grado: Deficit Mental:

ENFERMEDADES PADECIDAS:

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE

Fecha de Nac.: ___/___/___ Edad Actual: Estatura(cm): |||||
Edad desarr.Puber.: Profesión: Vive?:
Sano (S/N): Especificar:

MADRE

Fecha de Nac.: ___/___/___ Edad Actual: Estatura(cm): |||||
Edad Menarca: Profesión: Vive?:
Sana (S/N): Especificar:

HERMANOS

Sexo: Edad actual: Talla: E.Menarca/desarrollo:
Sexo: Edad actual: Talla: E.Menarca/desarrollo:
Sexo: Edad actual: Talla: E.Menarca/desarrollo:

Enfermedades en la Familia: Parentesco:

Nivel Socio-Económico: Núcleo Familiar:

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta:

Evolución de los Síntomas:

EXAMEN FISICO

Estatura (cm): ||||| SDS: ||||| Edad Cronol.:
Peso (Kg): ||||| Estat.Sent: ||||| Perc.Prop.Corp:
Estado Nutricional: Circunf.Craneana (cm): |||||
Desarrollo Puberal(grados de Tanner)
Mamas: ||||| Vello pubiano ||||| Edad Menarca: ||| años

Datos Clínicos Positivos:

Apellido y Nombre:

ESTUDIO DE LA FUNCION HIPOFISARIA

SECTOR SOMATOTROFICO - DOSAJE DE HORMONA DE CRECIMIENTO

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'	90'
Ejercicio Prop.:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Clonidina:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Insulina.							
* Glucemia:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
* GH:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
C-Dopa:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Arginina:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosaje de IGF 1:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SECTOR TIROTROFICO

	Fecha	Unid.	Resultado	Valores normales
<u>T 3</u> :	__/__/__	_____	_____	_____
<u>T 4</u> :	__/__/__	_____	_____	_____
_____:	__/__/__	_____	_____	_____
<u>TSH</u> :	__/__/__	_____	<u>Basal</u> : _____ 30': _____	
Prolactina:	__/__/__	_____	Basal: _____	
<u>AFM</u> :	__/__/__	_____	Resultado: _____ Titulo: _____	
<u>ATG</u> :	__/__/__	_____	Resultado: _____ Titulo: _____	
_____:	__/__/__	_____	Resultado: _____	

Apellido y Nombre:

SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO

PRUEBA DE:

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'	90'
Glucemia:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cortisol:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SECTOR GONADOTROFICO:

Desarrollo Puberal(grados de Tanner)

Genitales:|||| Mamas:|||| Vello pubiano ||||

Edad Menarca: |||| años

Prueba de Gn-RH

	Fecha	Unid.	Basal	20'	30'	60'
LH:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
FSH:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
_____:	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
<u>Estradiol</u> : (ver Requerimientos)	___/___/___	_____	Resultado: _____			
<u>Testosterona</u> : (ver Requerimientos)	___/___/___	_____	Resultado: _____			
_____:	___/___/___	_____	Resultado: _____			
Urocitograma:	___/___/___	SC: _____%	SB: _____%	I _____%	PB _____%	

Apellido y nombre:

OTROS EXAMENES

LABORATORIO (consignar 3 controles del último año)

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	Valor Normal	Unidades
Fecha					
<u>Urea pl</u>					
<u>Creatinina pl</u>					
<u>Colesterol (*)</u>					
Glucemia					
<u>Hemoglobina</u>					
Hb A1c (*)					
<u>Hematocrito</u>					
<u>Bicarbonato pl</u>					
<u>Albúmina pl</u>					
<u>Clearence de creatinina</u>					
Calcemia					
Fosfatemia					
Fosfatasa alcalina pl.					
Paratohormona (*)					
Ionograma pl					
Ph urinario					
Densidad urinaria					
<u>Proteinuria de 24 hs.</u>					
Glucosuria					

(*) solo un valor actual

RADIOLOGIA

	FECHA	INFORME
Cráneo	___/___/___	_____
Silla Turca	___/___/___	_____
T.A.C	___/___/___	_____
R.N.M	___/___/___	_____
<u>Rx. caderas</u>	___/___/___	_____

Apellido y nombre:

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y MADURACION FISICA

Fecha									
Edad cronológica									
Estatura (cm)									
Velocidad de crecim. (cm/año)									
Peso (Kg.)									
Edad ósea ("años")									
Desarr. Genital (Gó M-VP)									
Tension Arterial									

**TRATAMIENTOS INSTITUIDOS DISTINTOS DE GH (MEDICOS, HORMONALES,
CIRUGIA, RADIOTERAPIA, ETC.)**

TRATAMIENTO	FECHA	EDAD CRONOL.	DOSIS
	de a	de a	

DIAGNOSTICO FINAL