

HOSPITAL DE CLINICAS - HISTORIA DE PRETRASPLANTE RENAL

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____ SEXO : ____

Nº F.N.R. : _____ FECHA NAC: ____/____/____ CI : _____

DOMICILIO: _____ TEL. _____ / _____ / _____

LOCALIDAD: _____ DEPTO: _____

FECHA ING.DIALISIS: ____/____/____ FECHA ING.LISTA: ____/____/____

CENTRO DE DIALISIS: _____ FECHA 1A. CONSULTA ____/____/____

NUCLEO FAMILIAR : (EDAD-SEXO-SANO/ENFERMO)

PADRES: _____

HERMANOS: _____

HIJOS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES :

NEFROPATÍA :

PLAN DE DIALISIS:

COMPLICACIONES EN DIALISIS:

DIURESIS RESIDUAL:

N.TRANSFUSIONES :

EXAMENES

GRUPO ABO : ____ TIPIFICACION HLA : A ____ / ____ , B ____ / ____ , DR ____ / ____

HEMOGRAMA C/CLASIF.: _____

L U E S : _____

V E S : _____

GLICEMIA : _____

AgHBs: ____ AcHBs ____ AcHBc ____ AcVHC: ____ PCR-VHC ____ CMV IgM ____ CMV IgG ____

HIV : ____ PPD : ____ / NEUMOLOGO : _____

F. HEPATICO Y ENZIMOGRAMA _____

ALTERACIONES ENZIMATICAS PREVIAS: _____

UROCULTIVO : _____

ECO CARDIACA _____

E C G : _____

RX TX : _____

CISTOGRAFIA EN TRES FASES : _____

ECOGRAFÍA DE APARATO URINARIO : _____

CONSULTA CON ODONTOLOGO : _____

CONSULTA CON GINECOLOGO : _____

ANTIGENO PROSTATICO : _____

OTROS : _____

INVESTIGACION DE AC CONTRA PANEL- PRA (FECHA) :

CIRUGIA PRETR: _____

CIRUGIA PLANTEADA AL TR: _____

CONSULTAS :