



**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
FICHA DE CAPTACIÓN DEL CASO INCIDENTE O PREVALENTE**

Código único de ficha _____ Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

1. Nombre del establecimiento _____
2. Red _____

II. DATOS DEL PACIENTE

3. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 4. N° HISTORIA CLÍNICA _____
5. Fecha de nacimiento _____ 6. Tipo de documento de identidad _____
7. N° Documento. _____ 8. Nacionalidad _____
9. Dirección _____
Distrito _____ Provincia _____
Departamento _____
10. Edad _____ 11. Sexo F M 12. Grado de instrucción _____
13. Seguro de salud Si No 14. Tipo de seguro _____
15. Etnia-Raza _____

III. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

IV. COMORBILIDADES AL MOMENTO DE LA CAPTACIÓN DEL CASO

Comorbilidad 1 _____ Comorbilidad 2 _____
Comorbilidad 3 _____ Comorbilidad 4 _____

V. MODALIDAD DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL ELEGIDA AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DEL CASO

Hemodiálisis Convencional Diálisis peritoneal crónica ambulatoria Manejo conservador
Hemodiafiltración Crónica Diálisis peritoneal automatizada

VI. TIPO DE CASO PARA EL SISTEMA DE REGISTRO

Incidente Prevalente

VII. MODALIDAD DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL PREVIA AL INGRESO AL PROGRAMA DE DIALISIS CRONICA DEL CASO INCIDENTE O CASO PREVALENTE

Hemodiálisis crónica Diálisis peritoneal crónica ambulatoria Diálisis peritoneal automatizada Ninguna modalidad
Trasplantado renal (Rechazo del injerto) Hemodiafiltración Crónica

VIII. PERFIL SEROLOGICO PARA INFECCIONES AL INGRESO PARA EL CASO NUEVO (PACIENTE INCIDENTE) O AL MOMENTO DEL REGISTRO PARA EL CASO PREVALENTE

	Resultados	Fecha de exámen
16. Serología Hepatitis C	_____	_____
17. Serología Hepatitis B	_____	_____
18. Anti Core (B)	_____	_____
19. Serología VIH	_____	_____
20. Sífilis	_____	_____
21. Anticuerpos AntiHB (UI/ml)	> 10 UI/ml <input type="checkbox"/> < 10 UI/ml <input type="checkbox"/>	_____

IX. DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA

PRIMERA SESION DE HEMODIALISIS PARA EL CASO NUEVO O INCIDENTE

22. Fecha de primera sesión de Hemodiálisis _____
23. Establecimiento de salud de la primera sesión de Hemodialisis _____
24. Tipo de Acceso Vascular para la primera sesión de Hemodiálisis _____ Fecha de colocación _____
25. Tipo de Ingreso a primera sesión de Hemodiálisis Emergencia Electivo

DATOS RELACIONADOS DEL PROCEDIMIENTO DE HEMODIALISIS CRÓNICA DEL PACIENTE PREVALENTE

26. Fecha de ingreso al programa de Hemodiálisis crónica _____
27. Número de accesos vasculares previos _____
28. Fecha de primera sesión de hemodiálisis en la IPRESS actual _____
29. Tipo de acceso actual _____
Fistula A-V Fecha de colocación _____
Cateter permanente Fecha de colocación _____
Cateter temporal Fecha de colocación _____
Injerto (Goretex) Fecha de colocación _____

X. DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA

COLOCACIÓN DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL DEL CASO NUEVO O CASO INCIDENTE

33. Tipo de catéter Catéter recto Fecha de colocación Catéter curvo Fecha de colocación

PRIMERA SESION DE DIALISIS PERITONEAL CRONICA PARA EL CASO NUEVO O INCIDENTE

30. Fecha de primera sesión de Diálisis peritoneal crónica (DPC)

31. Lugar de primera sesión de DPC

32. Modalidad de DPC DPCA Diálisis peritoneal automatizada (DPA)

DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL CRÓNICA DEL PACIENTE PREVALENTE

34. Fecha de Ingreso al programa de DPCA/ DPA y/o fecha de primera sesión de DPCA/DPA en la IPRESS actual

35. Tipo de diálisis peritoneal crónica actual en la IPRESS DPCA Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)

36. Tipo de catéter Catéter recto Fecha de colocación Catéter curvo Fecha de colocación

XI. DATOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE ELECCIÓN DE LA MODALIDAD CONSERVADORA

37. Fecha de elección de la modalidad conservadora

38. Tipo de IPRESS que autoriza la modalidad conservadora

39. Motivo de elección de la terapia conservadora

XII. PERFIL BIOQUÍMICO AL INGRESO DEL CASO NUEVO O AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL CASO PREVALENTE (HEMODIALISIS CRÓNICA O DIÁLISIS PERITONEAL CRÓNICA)

	Valor (Coincidir las unidades)	Fecha de exámen
40. Urea (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41. Creatinina (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42. Hemoglobina Ingreso (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42. Hemoglobina alta (g/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43. Hematocrito (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
44. Proteínas Totales (g/Lt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
45. Albúmina (g/Lt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46. Fosfatasa Alcalina (U/Lt)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47. PTH Intacta (pg/ml)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48. TGO (U/Lt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
49. TGP (U/Lt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
50. Calcio (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51. Glicemia (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
52. Fósforo (mg/dl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53. Hierro sérico (ng/ml)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
54. Ferritina (ng/ml)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
55. Grupo Sanguíneo	Grupo A <input type="checkbox"/> Grupo B <input type="checkbox"/> Grupo AB <input type="checkbox"/> Grupo O <input type="checkbox"/>	Rh Positivo <input type="checkbox"/> Rh Negativo <input type="checkbox"/>
Fecha de exámen	<input type="text"/>	