

HOJA RECOGIDA DATOS PROYECTO NEFRONA (ERC): SEGUIMIENTO

<u>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN</u>	
Centro:	Nº historia clínica:
<u>DATOS ESPECIFICOS ENFERMEDAD RENAL</u> Fecha ____/____/____	
Visita: V1 V2 V4	Estadio ERC: 3 4 5
Transplante renal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha transplante renal (dd.mm.aaaa):
Motivo pérdida seguimiento: muerte cambio centro negativa paciente otros	
Fecha muerte paciente (dd.mm.aaaa):	Muerte causa cardiovascular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Causa muerte cardiovascular (lista 1):	Causa muerte no cardiovascular (lista 2):
EVENTOS CV: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha evento CV (dd.mm.aaaa): Tipo/s evento/s CV (lista 3):	
<u>COMORBILIDAD:</u> Diabetes Mellitus: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dislipemia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hipertensión arterial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historia familiar ECV prematura: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Paratiroidectomía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Virus hepatitis C: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<u>DATOS ANALÍTICA</u> Fecha ____/____/____	
Hemoglobina:	Insulina:
Hematocrito:	Calcio total:
Fe/transferrina:	Fosforo:
Ferritina:	Albúmina:
AST:	Urea:
ALT:	Ácido úrico:
Colesterol total:	Na:
C-HDL/C-LDL:	K:
Triglicéridos:	PTHi
APOB/APOA1:	Creatinina:
Glucosa:	Microalbuminuria (muestra de orina):
Hb glicada:	Albúmina/creatinina (muestra de orina):
<u>TRATAMIENTO ACTUAL</u>	
Antiagregantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Acenocumarol: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Calcimiméticos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Estimulantes eritropoyesis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo (lista 6)	
Fe IV: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Quelantes P con calcio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre comercial (lista 5):	
Número unidades diarias:	
Quelantes P sin calcio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
VitD:	
- Calcitriol Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Paricalcitol Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Colecalciferol (vit D3):	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dosis semanal (UI):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Calcifediol (Hidroferol®):	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Alfacalcidol (Etalpa®) :	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:

* suspensión: sin tratamiento más de 3 meses

LISTA 1: CAUSAS MUERTE ORIGEN CARDIOVASCULAR (CV)

0	isquemia miocárdica e infarto
1	hiperpotasemia/arritmia
2	insuficiencia cardiaca
3	accidente cerebrovascular (isquémico o hemorrágico)
4	hemorragia por ruptura aneurisma
5	infarto mesentérico
6	muerte súbita
7	otras (especificar)

LISTA 2: CAUSAS MUERTE ORIGEN NO CARDIOVASCULAR (NO CV)

0	infecciones
1	neoplasia
2	accidente
3	renal, uremia
4	otras (especificar)
5	no determinada
6	desconocida

LISTA 3: TIPO EVENTO CARDIOVASCULAR (CV)

0	angina de pecho
1	infarto agudo miocardio
2	accidente isquemico transitorio
3	infarto cerebral
4	hemorragia subaracnoidea
5	hemorragia intracerebral
6	insuficiencia cardiaca
7	arritmia cardiaca
8	aterosclerosis EEII
9	aneurisma aorta
10	otros (especificar)

LISTA 4: TIPO DE TRATAMIENTO HIPOTENSOR

1	antagonistas calcio
2	IECAS
3	ARA-II
4	diuréticos
5	α -bloqueante
6	β -bloqueante
7	α/β -bloqueante
8	Inhibidor directo renina
9	otros

INDICAR TODOS LOS TIPOS DE HIPOTENSORES SI TRATAMIENTO COMBINADO

LISTA 5: NOMBRES COMERCIALES QUELANTES P CON CALCIO

1	Caosina® sobres
2	Carbocal® comprimidos
3	Cimascal® comprimidos
4	Dentiscal® comprimidos
5	Mastical® 1,25g comprimidos
6	Mastical® 500mg comprimidos
7	Natecal® comprimidos
8	Oscaren® comprimidos
9	Royen® capsulas
10	Royen® sobres
11	NS/NC

LISTADO 6: TIPO DE ESTIMULADORES ERITROPOYESIS

1	Eritropoyetina alfa
2	Eritropoyetina beta
3	Eritropoyetina zeta
4	Darbepoetina
5	Cera