

HOJA RECOGIDA DATOS PROYECTO NEFRONA GRUPO CONTROL

<u>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN BIOBANCO:</u>	
Centro:	Nº historia clínica:
Ausencia de eventos cardiovasculares previos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<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"/>	
Insuficiencia cardiaca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fibrilación auricular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Historia familiar de enfermedad CV prematura: 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>	
Antagonistas del calcio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
IECA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
ARA II: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Diuréticos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alfa-bloqueantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Beta-bloqueantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Inhibidor directo de la renina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Antiagregantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Acenocumarol: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Estatinas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo estatina (lista ¿?):	Dosis diaria:
Fibratos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ezetimiba: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Omega 3: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros:..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Insulina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Antidiabéticos orales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	