PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS GLOMERULOPATÍAS

www.nefroprevencion.org.uy glomerulopatias@gmail.com

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BIOPSIA RENAL

Denuncia obligatoria según Art. 2ª de Ley 9.202 del 12 enero de 1934.

Resolución Adoptada el 26 de mayo del año 2000.

INSTITUCION:

FECHA:			
NOMBRE COMPLETO:			
C.I :			
EDAD:			
F.NAC.:			
PAS AL INICIO DE SINTOMAS:			
PAD AL INICIO DE SINTOMAS:			
CREATININEMIA AL INICIO DE SINTOMAS:			
PROTEINURIA g/l:			
PROTEINURIA g/d:			
INDICE Pru/ Cru:			
MICROHEMATURIA:			
ALBUMINEMIA:			
BICARBONATEMIA:			
FORMA CLINICA INICIAL:	**SI**	**NO**	
1-S.Nefrótico			
2-S.Nefrítico			
3-Macrohematuria			
4-Alter. Urin. Asintomáticas			
5-GNRP			
6-IRA			
7-IRC			
DIAGNOSTICO NEFROLOGICO:			
(VER CODIGOS)			
TIEMPO ENTRE DEBUT CLINICO			
Y PBR:			
MEDICO SOLICITANTE:			
BIOPSIA REALIZADA POR:			
N° DE MUESTRAS:	**MO:**	**IF:**	**ME:**

OBSERVACIONES DE INTERES PARA EL DIAGNOSTICO: