



HOJA DE SOLICITUD DE BIOPSIA DE RIÑÓN TRANSPLANTADO

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO: _____ CÉDULA _____

FECHA DE BIOPSIA: ____/____/____ FECHA DE TRANSPLANTE: ____/____/____

Biopsias previas: SI / NO Nefrectomía pre-transplante: SI / NO Fecha: ____/____/____

DIAGNÓSTICO DE ENF. RENAL ORIGINAL: _____

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO CON BIOPSIA: SI / NO

SOSPECHA DE ENF. RENAL RECURRENTE O DE NOVO: SI / NO

EPISODIOS PREVIOS DE RECHAZO: SI / NO

DATOS DEL DONANTE: LRA, CRA, EDAD DEL DONANTE: _____

CONDICIONES MÉDICAS CONOCIDAS: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA:

IMPRESIÓN CLÍNICA: _____

INFECCIONES: _____

HISTORIA FAMILIAR DE ENF. RENAL: SI / NO; ENFERMEDAD: _____

PA: SISTÓLICA _____ DIASTOLICA _____.

OTROS SÍNTOMAS: _____

LABORATORIOS:

BUN: _____ mg/dl CREATININA: _____ mg/dl

SEDIMENTO URINARIO:

DEPURACIÓN DE CREATININA: _____ ml/min

GR: ____/hpf GB: ____/hpf

PROTEINAS EN ORINA: _____ g/24hras

GR dismórficos: ____/hpf

(0+, 1+, 2+, 3+, 4+)

CILINDROS: _____

ESTUDIOS SEROLÓGICOS: _____

RESULTADOS DE HEMATOLOGÍA: _____

RESULTADOS DE COAGULACIÓN: _____

TERAPIA (FAVOR ESPECIFICAR TIPO, DOSIS Y DURACIÓN).

CICLOSPORINA-A: _____

STEROIDES: _____

OTROS INMUNOSUPRESORES: _____

NEFRÓLOGO: _____.