



NACIONAL



RESOLUCIÓN 88/1998
INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E
IMPLANTE (I.N.C.U.C.A.I.)

Registro de la Nómina de Pacientes en Diálisis.
Del: 30/04/1998; Boletín Oficial 06/05/1998.

VISTO la competencia asignada a este INCUCAI en los artículos 7° y 44 de la [Ley N° 24.193](#), [Decreto Reglamentario N° 512/95](#), y

CONSIDERANDO:

Que resulta necesario generar instrumentos y sistemas de información de adecuada calidad y sencillo cumplimiento.

Que es imprescindible la incorporación de los recursos tecnológicos que la informática suministra con el objeto de simplificar la operatoria en vigencia.

Que se ha consultado para la creación de los nuevos protocolos a la Sociedad Argentina de Nefrología, la que se ha expedido favorablemente en relación a los requisitos contenidos en los mismos.

Que la Dirección Científico Técnica y Departamento Jurídico han tomado la intervención que les compete.

Que el tema ha sido considerado por el Honorable Directorio en su Sesión N° 12 del día 29 Abril 1998.

Por ello.

El Honorable Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante resuelve:

Artículo 1°.- Apruébanse los nuevos formularios tipo, destinados a la implementación del Registro de la Nómina de Pacientes en Diálisis, previsto en el artículo 7° de la [Ley N° 24.193](#), denominados "Registro de Ingreso de Pacientes a Diálisis" -DRI-, "Relevamiento de Condiciones Generales del Paciente" -RPC -, "Formulario de Egreso y Cambio de Modalidad"- DEM -, "Registro de Centro o Servicio de Diálisis" DRC-, que se adjuntan a la presente como Anexo I, II, III y IV, respectivamente.

Art. 2°.- La información requerida podrá ser remitida en los formularios que se aprueban en el artículo anterior o bien mediante la utilización del programa ""IALISIS/98", que será provisto por el INCUCAI. En este caso deberá remitirse el diskette correspondiente y los formularios completos generados por dicho programa.

Art. 3°.- Los requerimientos de la información y los instrumentos creados por la presente norma, deberán ser remitidos a los Organismos específicos jurisdiccionales, a los Organismos Regionales y al INCUCAI, siendo de cumplimiento inmediato.

Art. 4°.- A partir de su entrada en vigencia, quedan derogadas todas las resoluciones dictadas hasta la fecha en la materia regulada por la presente.

Art. 5°.- Regístrese. Notifíquese a la Secretaría de Recursos y Programas de Salud, a la Dirección Científica Técnica, Dirección Médica, Departamento de Asuntos Jurídicos, a la Sociedad Argentina de Nefrología, a las Autoridades Provinciales y Organismos Jurisdiccionales. Dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación. Cumplido, archívese.

Dr. Rodolfo Ginicer; Dr. Roberto Cambariere; Dra. María del Carmen Bacque.

4.- COMORBILIDAD

VAL. ANTES DE RIESGO AL INICIO DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA INSUFICIENCIA RENAL

(A) Trastornos Cardiovasculares

S N D (S:Si/N:No/D:Desconoce)

- 1 Angina Persistente o Infarto de miocardio
- 2 Hipertensión Edad al diagnóstico años
- 3 Arritmia
- 4 Insuficiencia cardiaca congestiva
- 5 Pericarditis (Frente y/o Base del anterior y Posterior)
- 6 Hipertrofia V.I. Diagnosticada por: Rx Torax ECG ECO

(B) Inf. Respiratorias

- 7 Asma
- 8 EPOC

(C) Diabetes

Edad al diagnóstico años

- 9 Hipoglucemiantes
- 10 Insulina
- 11 Retinopatía Diabética

(D) Neoplasia Autoctóna

- 12 Hipertensión Ortostática
- 13 Clonazepam

(E) Trastornos Neurológicos

- 14 Neuropatía Periférica
- 15 Enfermedad Cerebrovascular y/o Al. Transitorio previos:

(F) Inf. Vascular Periférica

- 16 Déficit de pulso sin amputación
- 17 Con amputación

(G) Infecciones (excluidas las de origen viral o peritonitis en DP)

- 18 TB: Activa Antecedente
- 19 Enfermedad de Chagas

(H) Neoplasia

Edad: _____

(I) Tabaquismo durante los últimos 10 años

5.- CAUSA DE REINGRESO

Códigos de la SNM:

- 24 Fallo del Trasplante Renal Vivo Relacionado
- 25 Fallo del Trasplante Renal Cadavérico
- 26 Reingreso post interrupción
- 27 Reingreso por nuevo diagnóstico de la Insuf. Renal

Fecha: ___/___/___

6.- RIESGO INFECTOLÓGICO

En los últimos 5 meses previos al ingreso, recibió:

S N D (S:Si/N:No/D:Desconoce)

1.- Transfusiones

2.- Cirugías

3.- Vacunación para hepatitis B

Dosis completa Incompleta

FORMULARIO DE EGRESO Y CAMBIO DE MODALIDAD

DEM

Este formulario debe ser remitido hasta 15 días después de producida la modificación

NÚMERO DEL CENTRO:

Nº de Centro INCUCAI:

Nº de Centro SAN:

DATOS DEL PACIENTE

APellidos/S:

NOMBRE/S:

DOC. NRO.:

1-EMI 2-DE 3-DC 4-OT 5-OTROS

1 BAJA O CAMBIO Fecha: / /

Causa de Egreso o cambio:

- 1 1 Fallecimiento de causa Cardíaca
- 1 2 Fallecimiento de causa Cardiovascular
- 1 3 Fallecimiento de causa Infecciosa
- 1 4 Fallecimiento por Neoplasia
- 1 5 Fallecimiento por otras causas
- 1 6 Fallecimiento de causa Desconocida

- 2 2 Trasplante con Donor Relacionado
- 2 3 Trasplante con Donor Cadavérico
- 3 1 Cambio de Modalidad a D.P.C.A.
- 3 2 Cambio de Modalidad a HEMODIÁLISIS
- 4 1 Interrupción por Indicación Médica
- 4 2 Interrupción por Decisión del Paciente
- 5 1 Recuperación de la Función Renal
- 6 1 Traslado del Centro
- 9 9 Cambio de O.S./Financiador/Cobertura

2 TRASPLANTE Donante Vivo Fecha: / /
 Donante Cadavérico

3 CAMBIO DE CENTRO Fecha: / /

Nombre del Nuevo Centro:

4 NUEVA MODALIDAD TERAPÉUTICA Fecha: / /

1-EMC: Bicarbonato Acetato 2-DPCA 3-DPT

5 CAMBIO DE O.S./FINANCIADOR/COBERTURA

Anterior:

Nueva:

Fecha de confección del Protocolo: / /

Firma y Sello

INFORMACIÓN TÉCNICA

EQUIPAMIENTO

- N° de Puertos
 - N° de Máquinas con Preparación Central del Dializado
 - N° de Máquinas con Proporcionadora Individual solamente
 - N° de Máquinas con Proporcionadora Individual y Ultrafiltración controlada
 - N° de Máquinas con Proporcionadora Individual y ultrafiltración controlada y Sodio variable
- (*) La suma debe coincidir con el N° de Puertos*

TRATAMIENTO DEL AGUA

- 1- Sin Tratamiento
 - 2- Pretratamiento solamente
 - 3- Pretratamiento + Osmosis
- Osmineralizador: SI NO

MEMBRANAS (Porcentaje habitualmente utilizado)

CELULÓSICA	SEMI SINTÉTICA	SINTÉTICA
<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %
Ej: Cuproac Rayon de Cupramonol	Ej: Hemofan Acetato de Celulosa	Ej: Polisulfona PAN, PMMA

- REUSO 1 - MÁQUINA AUTOMÁTICA 2 - OTROS PROCEDIMIENTOS 3 - NO REUSO

GERMICIDA UTILIZADO EN EL REPROCESAMIENTO DE DIALIZADORES

- FORMALDEHIDO
- ÁCIDO PERACÉTICO
- OTROS ACLARAR TODOS LOS UTILIZADOS HABITUALMENTE:

Fecha de confección del Protocolo: ___/___/___

Firma y Sello

2/2