

Giornata Mondiale del Rene 2024 Prevenzione delle Malattie Renali

Cartella N. _____

LUOGO _____ Data: 14/03/2024

A CURA DEL PARTECIPANTE



COGNOME: _____ NOME: _____ Nazionalità _____

Data di Nascita: __/__/__ Et  Maschio Femmina Residenza _____

Tel. _____ Peso (Kg): _____ Altezza (cm): _____

Studio: licenza elementare licenza media liceo scuola professionale laurea

Ha gi  partecipato al progetto? s  no

E-mail _____



Ha familiarit  per malattie renali s  no

Fuma abitualmente? s  no

E' un ex fumatore (ha SMESSO di fumare ma ha fumato in passato)? s  no

Soffre di:

Iperensione s  no n anni _____ Assume farmaci? s  no

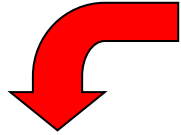
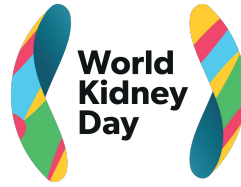
Colesterolo alto s  no n anni _____ Assume farmaci? s  no

Diabete s  no n anni _____ Assume farmaci? s  no

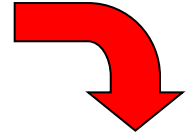
Malattie renali s  no n anni _____ Quale? _____



L'ultima volta che ha effettuato un controllo della pressione arteriosa   stato:
meno di 6 mesi fa 6 – 12 mesi fa pi  di un anno fa mai



A CURA DEL NEFROLOGO



PAS mmHg : _____ PAD mmHg _____ Polso _____ /min

STICK URINE



STICK eseguito STICK NON eseguito

E' in corso il ciclo mestruale? sì no

Glicosuria: normale (mg) + (50) +1 (100) +2 (200) +3 (500) +4 (1000)

Proteine: negativo (mg) + (15) +1 (30) +2 (100) +3 (300) +4 (1000)

Ematuria: negativo emolisi +1 emolisi +2 emolisi +3
NON emolisi +1 NON emolisi +2 NON emolisi +3

Leucocituria: neg. 25 75 250 500

Firma del Nefrologo

.....