

Georg-August-Universite de Göttingen
Universitätsklinikum-Zentrum Innere Medizin
Abteilung für Nephrologie und Rheumatologie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. A. Müller
FAX +49-551-39-8906



Cuestionario clinico: Síndrome de Alport

Datos personales:

Apellido:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Nacionalidad:

Estatura y peso:

Numero de historia clínica

Sello del medico/instituto:

Fecha:

Muchas gracias!

Favor de enviar contestado a la siguiente dirección :

Dra Roser Torra
Enfermedades Renales Hereditarias
Servicio de Nefrología
Fundació Puigvert
Cartagena 340-350
08025 BARCELONA
Tel 93 4169700
Fax 93 4169730

PD Dr. Oliver Gross, FASN
Abt. Nephrologie&Rheumatologie
Rober-Koch-Str. 40
37075 Göttingen
Germany
Tel. +49-551-39-8912 o. 6331
Fax. +49-551-39-8906
gross.oliver@med.uni-goettingen.de
www.alport.de



1. Anamnesis familia

1.1 Herencia ligada al sexo

Si

Probable

1.2 Herencia autosomica

Si

Probable

1.3 Herencia no conocida

Sin datos familiares

Único paciente

1.4 Herencia conocida

Quien en la familia es/fue afecto y con que sintomas (Sordera, alteraciones oculares, afectación del riñón, Leiomiomatosis)

1.) 4.)

2.) 5.)

3.) 6.)

1.4.1. Cuando se le diagnostico al miembro de su familia con el sindrome?

1.) 4.)

2.) 5.)

3.) 6.)

1.4.2. Necesita/Necesitó su miembro de la familia diálisis, en caso afirmativo, desde que edad?

1.) 4.)

2.) 5.)

3.) 6.)



2. Datos pacientes

2.1. ¿Desde cuando se le dió a conocer que padece de el síndrome de Alport?

•

2.2 ¿Se le ha hecho una biopsia de riñón?

Si (en que edad y con que resultado; copia del resultado de la biopsia renal)

No

2.3 ¿Se ha hecho un diagnóstico genético/mutación?

Si (en que edad y con que resultado; fotocopia informe)

No

3. Datos clinicos y curso de parámetros

3.1. Qué medicamentos toma usted (por favor indique todos) y desde qué edad?

•
•
•
•
•
•

3.2 Toma usted Ciclosporina?

Si

No

3.3 Toma usted IECA (inhibidores del enzima conversor de la angiotensina, ej: enalapril, perindopril, ramipril, lisinopril, etc...?)

Si, qué nombre de medicamento y desde qué edad

No

4. Síntomas (por favor, si es possible con detalles)

4.1 Enfermedad de riñón

4.1.1 Protenuria (g/24h o mg/dl)

Antes de empezar la terapia:

Depues de empezar la terapia:

Posteriormente:



4.1.2 Creatinina (mg/dl):

Antes de empezar la terapia:
Despues de empezar la terapia:
Posteriormente

4.1.3 Creatinina-aclaramiento (mg/min)

Antes de empezar la terapia:
Despues de empazar la terapia:
Posteriormente:

4.1.4 Acido urico (mg/dl)

Antes de empezar la terapia:
Despues de empezar la terapia:
Posteriormente:

4.1.5 Colesterol (mg/dl)

Antes de empezar la terapia:
Despues de empezar la terapia:
Posteriormente:

4.1.6 Presión arterial

Antes de empazar la terapia:
Posteriormente:

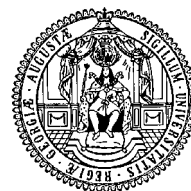
4.1.7 Está usted está en diálisis? Desde qué edad?

Si ->edad:
->miembros de la familia, desde qué edad?
No

4.1.8 Se le ha hecho un trasplante de riñón?

Si - donación parientes, p.e. madre
- donante cadáver
no

4.1.9 Si se ha transplantado, cuando y con qué resultado/curso?



4.2 Otros órganos

4.2.1 Pérdida auditiva

Si -> edad: -> cuantificación (en dB)
No

4.2.2 Lenticono anterior

Si -> edad:
No
Otros diagnosticos del ojo

4.2.3 otros síntomas (Leiomiomatosis, macrotrombocitopenia etc.)

4.4 Efectos secundarios de medicamentos

Hiperpotasemia

Tos

Hipotension (presión baja)

Fracaso renal agudo

Rabdomiolisis (destrucción muscular)

Otros:

Muchas gracias por su ayuda

Por favor, mande el cuestionario a la siguiente dirección :

Dra Roser Torra
Enfermedades Renales Hereditarias
Servicio de Nefrología
Fundació Puigvert
Cartagena 340-350
08025 BARCELONA
Tel 93 4169700
Fax 93 4169730