

TRANSPLANTE RENAL

Data: ____/____/____

Prontuário: _____

Nome: _____

Realizar exames:

- Hemograma Completo
- Sódio
- Potássio
- Ureia
- Creatinina
- TGO/TGP
- Gama GT
- Bilirrubinas Total e Frações
- Fosfatase alcalina
- Proteínas Total e Frações
- Colesterol Total + LDL + HDL
- Glicose
- Cálcio
- Fósforo
- Ácido Úrico
- 25 OH Vitamina D
- Ferro
- Ferritina
- Índice de saturação de transferrina
- TAP e INR
- PTH
- Urina I
- Proteinúria 24 horas
- Urocultura
- Nível de tacrolimo

Médico: _____

CRM: _____