

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ:

STICKER HERE

CHRONIC KIDNEY DISEASE CLINIC: FIRST VISIT

CKD STAGING

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	Low risk	Mod.risk	High risk
	G2	Mildly decreased	60-89	Low risk	Mod.risk	High risk
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59	Mod.risk	High risk	Very high risk
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44	High risk	Very high risk	Very high risk
	G4	Severely decreased	15-29	Very high risk	Very high risk	Very high risk
	G5	Kidney failure	<15	Very high risk	Very high risk	Very high risk

eGFR(CKD-EPI) _____/____ (mL/min/1.73m²), ACR (albumin creatinine ratio): _____/____ mg/gm

วัน เดือน ปี ที่มาตรวจครั้งแรก (พ.ศ.) _____/_____/_____

Comorbidity

- Malignancy Ischaemic heart disease Peripheral vascular disease
 Left ventricular dysfunction. Systemic collagen vascular disease.
 Other significant pathology. A condition severe enough to have an impact on survival in the general population

Risk for CKD

1. DM วัน เดือน ปี ที่วินิจฉัยครั้งแรก _____/_____/_____ Type 1 Type 2

ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

- No Yes diabetic retinopathy diabetic nephropathy
 diabetic foot อื่นๆ ระบุ _____

 ไม่มีข้อมูลหรือไม่ได้มีการตรวจมาก่อน2. HT วัน เดือน ปี ที่วินิจฉัยครั้งแรก _____/_____/_____

ตรวจร่างกาย

Weight _____/____ kgs. Height _____/____ cms. BP _____/____ mmHg PR ____ beat/min

Pale No Yes Edema No Yes 1+ 2+ 3+ 4+ Flapping tremor No Yes

STICKER HERE

Laboratory first visit **:วัน เดือน ปี (พ.ศ.) _____/_____/_____

Laboratory examination	Results
FBS /HbA1C	FBS _____mg/dL, HbA1C _____%
BUN	_____/_____ mg/dL
Cr	_____/_____mg/dL
Estimated GFR	MDRD _____/_____mL/minute/1.73 m ³ CKD-EPI _____/_____mL/minute/1.73 m ³
Potassium	_____/_____ mEq/L
Urine Analysis: Protein	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Trace <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+
UACR	_____/____ หน่วย <input type="checkbox"/> mg/gm
Other ระบุ	
Ultrasound KUB Date: _____ (ในกรณี CKD3b)	<input type="checkbox"/> parenchymatous change <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Size Right kidney _____ x _____ x _____ cm. Left kidney _____ x _____ x _____ cm Stone <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ระบุตำแหน่ง _____ Other finding _____ _____ _____ _____

**ถ้าไม่มีข้อมูล ให้ส่งตรวจในการนัดครั้งต่อไป