

SCHEDA DIALITICA DIALISI VACANZE

PAZIENTE:

Date richieste: DA..... A.....

Informazioni riguardo al paziente

Nome e Cognome _____

Data di nascita ____/____/____

Indirizzo di Residenza: _____

Domicilio: _____

Numeri telefonici: _____

Indirizzo durante la permanenza in zona: _____

Nome e numero di riferimento in caso di emergenza: _____

Codice Fiscale: _____

Centro Dialisi di Provenienza:

Centro Dialisi: _____

Medico/i di riferimento (Nome e numero): _____

Informazioni dialitiche:

Accesso vascolare: _____

AGO ARTERIOSO _____ AGO VENOSO _____ Monoago _____ CVC _____

Ritmo dialisi: _____ volte/settimana Tempo di trattamento: _____:_____ (ore:minuti)

Peso secco: _____ Kg Incremento medio interdialitico _____ Kg

Eparina: _____

In caso di CVC chiusura con eparina (A) _____ (V) _____

HbsAg: _____ HbsAb: _____ HCVAb: _____ HIVAb: _____ (esami non superiori a tre mesi)

Note: _____

Metodica: _____

Macchina: _____

Filtro: _____ membrana _____
(____m²)

Flusso sangue: _____ ml/min

UF max: _____ L/h

Temp. dialisato: _____ °C

Flusso dialisato: _____ ml/min

Conducibilità: _____ mS/cm

Na impostato: _____ mmol/l

Bagno dialisi: _____

Na⁺⁺ _____ mmol/l; K⁺ _____ mmol/l;

Ca⁺⁺ _____ mmol/l; Mg⁺⁺ _____ mmol/l;

Cl⁻ _____ mmol/l; HCO₃⁻ _____ mmol/l;

Glucosio _____ g/L

Concentrato basico: _____

SCHEMA DIALITICA DIALISI VACANZE
PAZIENTE:

Problemi clinici rilevanti :

Condotta dialitica:

Esami ematochimici (___/___/___): Urea ___ mg/dl; Creatinina ___ mg/dl; Na⁺ ___ mEq/l; K⁺ ___ mEq/l;
Ca⁺⁺ ___ mg/dl; Glucosio ___ mg/dl; Hb g/dl ___ (___/___/___)

TERAPIA DOMICILIARE:

-
-
-
-
-
-
-

TERAPIA INTRADIALITICA:

-
-
-
-
-
-

Data ___/___/___

Firma e timbro del Medico

Informazioni di contatto:

email: cristina1.bini@uslnordovest.toscana.it
telefono: 0586.223649/3208