

Centro emodialisi domiciliare
Città Telefono E-mail
Medico curante

PROTOCOLLO DIALITICO

compila il Medico curante

Paziente (n.e.c.) Data di nascita
Indirizzo Città
Telefono E-mail

Diagnosi

Allergie

In trattamento dialitico dal Il Paziente è in condizioni di salute: Buone Discrete Scadenti

Il Paziente è portatore di handicap: No Si Specificare Utilizzo sussidi per trasporto e mobilitazione: No Si

Tipo di dialisi: Emodialisi bicarbonato HDF Seduta di dialisi: 4 ore

Giorni di dialisi: Lunedì, Mercoledì, Venerdì/Friday Martedì, Giovedì, Sabato Turno 1 Turno 2

Accesso vascolare: F.A.V. Catetere Flusso ematico (ml/min) Peso ideale

Apparecchio di dialisi

Bagno di dialisi Na+ K+ Ca++

Mg++ Glucosio HCO₃⁻

Tipo di filtro Flusso dalla soluzione Temperatura della soluzione

Eparinizzazione

Terapia farmacologica in corso

Markers (virologici): (non antecedenti ai 30 giorni) - data di rilascio

Markers (virologici): (non antecedenti ai 30 giorni) HBs-Ag; Anti HBs; Anti HCV; Anti HIV Pozitiv Negativ

Analisi di laboratorio: Hb Htc Creatinina Na+ K+ Ca++

P AST ALT Glucosio allegare copia di analisi

Informazioni aggiuntive: Il Paziente sarà sottoposto al trattamento emodialitico presso il **Policlinico REDIAL** - centro emodialisi, a 51513 Omišalj, Poje 1, sull'isola di Veglia, Croazia; Telefono, fax: 00 385 (0)51 841- 896; E-mail: redial.hemodialysis.krk@gmail.com

La data dell'ultima dialisi effettuata prima dell'arrivo

Data Timbro _____

Firma del Medico: