U.O.S.D. NEFROLOGIA E DIALISI di FABRIANO
Responsabile Dr.ssa E. Guerrini
Caposala G. Beltrame Tel 0732707420 fax 0732707211

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE DIALITICA

Il/La paziente.....nato/a .....
il .....residente a ..... prov. .....
in via ..... tel.....
cellulare:..... C.F. .....
Cod.sanit. ..... Esenz. Tickets ..... ASL n ° .....
Affetto/a da IRC per.....
è in trattamento dialitico presso il centro di **FABRIANO** dal.....
Dialisi nei giorni: .....durata ..... ore
Peso secco: Kg .....Aumento interdialitico: ..... Kg
Filtro:..... Qb: .....ml/min.
Bagno di dialisi: Na.....mmol/l, K.....mmol/l, Ca.....mmol/l
Bic. ....
Eparinizzazione: Continua .....UI / 30 ml. a ..... ml/h
Accesso vascolare: FAV.....dx sin N° Ago A .....V.....
CVC permanente o temporaneo: sede ..... modello: .....
inserito in data:..... note: .....
P.A : sistolica .....mmHg diastolica .....mmHg
Terapia in dialisi:.....
.....
Terapia domiciliare: .....
.....
Gruppo sanguigno: ..... Fattore RH: .....
Trasfusioni esguite: .....
Esami ematochimici eseguiti in data: .....
Na ..... K .....Cl .....Ca ..... P .....ALT .....AST.....
Bilirubina tot .....Fosfatasi alcalina .....PT.....PTT.....
Fibrin. ..... GR .....GB.....Hb..... HTc.....
MCV ..... PLT..... Sideremia.....
HbsAg: .....in data : .....HCV:..... in data: .....
HIV : .....in data : .....
ECG: .....
Notizie: .....
.....

Data Il Medico