



OSPEDALE PRIVATO
ACCREDITATO CON IL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE

SERVIZIO DI EMODIALISI C.A.D.
MEDICO RESPONSABILE

DOSS. Roberto Cocchi

Via P. Pavirani, 44, 48121 Ravenna, Tel. 0544-508357, Fax 0544-508313, e-mail dialisi@domusnova.it

SCHEDA DIALITICA PER DIALISI VACANZA

(deve essere compilata dallo staff medico)

Cognome: _____ Nome: _____ nato il ___/___/___ a _____

C.F.: _____ Indirizzo: _____ Telefono: _____

In lista trapianto: Sì NO; Data inizio dialisi ___/___/___; Centro Dialisi di Origine _____

Tel Centro Dialisi _____ Fax Centro Dialisi _____ Gruppo sanguigno: _____

ALLERGIE _____

Malattia renale _____

Comorbidità _____

MARKERS VIRALI: HBsAg _____ (___/___/___) HIV _____ (___/___/___) HCV _____ (___/___/___)

Accesso Vascolare: _____

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

Peso secco: _____ Kg Incremento medio interdialitico _____ Kg Eparina: _____

AGO ARTERIOSO _____ AGO VENOSO _____ Monoago _____ CVC _____

Chiusura CVC _____ 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: _____

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 INTRADIALITICA

TERAPIA DOMICILIARE

NOTE: _____

Data ___/___/___

Firma e timbro del Medico