

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ

(παρακαλούμε να συμπληρώνεται από τους Νεφρολόγους / σε διαφορετική περίπτωση μπορείτε να μας στείλατε τα ιατρικά έγγραφα του ασθενή από την μονάδα σας)

Όνομα: _____

Επίθετο: _____

Ημ/ναι Γέννησης: _____

Εθνικότητα: _____

Όνομα και διεύθυνση μονάδας του ασθενή: _____

Υπεύθυνος Νεφρολόγος: _____

Τηλ. _____ Φαξ. _____

Πρωτοπαθής νεφρική νόσος: _____

Λοιπά ιατρικά προβλήματα:

Ημερομηνία ένταξης σε αιμ/ση : _____ / _____ / _____

Αιματολογικές εξετάσεις-Ιολογικός έλεγχος:

Ηπατίτιδα Β (HBSAg): Αρν./Θετ. _____ στις _____ / _____ / _____

Ηπατίτιδα Β (HBSAb): Αρν./Θετ. _____ στις _____ / _____ / _____

Ηπατίτιδα Β (HBcAb): Αρν./Θετ. _____ στις _____ / _____ / _____

Ηπατίτιδα C (HCV) ο: Αρν./Θετ. _____ στις _____ / _____ / _____

Ηπατίτιδα C RNA-PCR HVC: Αρν./Θετ. _____ στις _____ / _____ / _____

HIV: Αρν./Θετ. _____ στις _____ / _____ / _____

MRSA Δείγμα: Αρν./Θετ. _____ στις _____ / _____ / _____

Hb: g/dl _____ στις _____ / _____ / _____

Urea: mgs/dl _____ στις _____ / _____ / _____

K: mEq/L: _____ στις _____ / _____ / _____

Calcemia: mgs/dL: _____ στις _____ / _____ / _____

Fosfatemia: mgs/dL: _____ στις _____ / _____ / _____

ALT: UI _____ στις _____ / _____ / _____

AST: UI _____ στις _____ / _____ / _____

Παρακαλούμε όπως αποστείλετε αντίγραφο του τελευταίου ιολογικού ελέγχου και σταφυλόκοκκου.

Αλλεργίες:

Στοιχεία αιμοκάθαρσης:

Τύπος: HD: _____ HDF-ONLINE: _____

Διάρκεια σε ώρες: _____

Συχνότητα: _____ / εβδομάδα

Αγγ. Προσπελαση:

1) AV fistula /Graft _____ Αριστερά _____ Δεξιά _____

Τύπος βελόνων: _____

2) Μόνιμος καθετήρας : _____

Ηπαρίνη : A _____ ml V _____ ml

Τύπος φίλτρου: _____ Τύπος μεμβράνης: _____

Επιφάνεια μεμβράνης: _____

Τύπος διαλύματος: _____

Διάλυμα: K _____ Ca _____ Na _____ Glu: _____

Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους:

Δόση: Αρχική _____ Ανά ώρα _____

H

Κλασσική Ηπαρίνη:

I Δόση: Αρχική _____ Ανά ώρα _____

Ροή αίματος: _____ ml/min

Μέση πρόσληψη υγρών ή τροφών κατά την αιμ/ση _____ ml

Ύψος : _____ cm

Ξηρό Βάρος _____ kg Μεσοδιαλυτικό βάρος _____ kg

Αρτηριακή πίεση: προ AIK _____ / _____
μετά AIK _____ / _____

Προβλήματα κατά την συνεδρία αιμοκάθαρσης:

Υποτασικά επεισόδια _____ Μυϊκές κράμπες _____
Στηθάγχη _____

Ναυτία _____ Έμετοι _____

Άλλα:

Πρόσφατα αποτελέσματα για την επάρκεια αιμοκάθαρσης:

Kt/V _____ ή URR _____ Ημ/νία: ____/____/____

Παρούσα φαρμακευτική αγωγή :

EPO: Δόση _____ συχνότητα _____

Αντιυπερτασική αγωγή: _____

Φωσφοροδεσμευτικά: _____

Λοιπά φάρμακα :

Ιστορικό και ειδικές ιατρικές ανάγκες του ασθενή:

(συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Αριθμός ταυτότητας : _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____

_____ Τηλ: _____

E-mail: _____

Επαγγελμα: _____

Ασφάλεια: _____

A.M.A: _____

A.M.K.A: _____

Όνομα ξενοδοχείου ή διεύθυνσης κατά την διάρκεια των
διακοπών: _____

Ημ/νία Αφίξης: _____ Ημ/νία Αναχώρησης: _____

Πρόσωπο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης: _____

Σχέση: _____ Τηλ. _____

Αριθμός κινητού του ασθενή κατά την διάρκεια των διακοπών:

Ημ/νία/: _____ / _____ / _____

Υπογραφή και σφραγίδα:

(Υπεύθυνος νεφρολόγος)