

MODULO 2: SCHEDA TRATTAMENTO DIALITICO

DATI PERSONALI:

COGNOME NOME DATA DI NASCITA.....

TIPO DI TRATTAMENTO DURATA SEDUTA

FILTRO: Tipo

FISTOLA ARTERO-VENOSA : Tipo.....
Ago Arterioso (G).....Ago Venoso(G).....

CATETERE VENOSO CENTRALE : Modalità di chiusura(eparina/altro).....
Lume arterioso (ml.....) Lume venoso (ml.....)

CONCENTRATO Na.....K.....Ca.....

FLUSSO SANGUE: (ml/m).....FLUSSO BAGNO (ml/m).....UF oraria max.....

EPARINIZZAZIONE: Tipo di eparina.....Dose totale U/I.....
Bolo.....Mantenimento.....

PESO SECCO KG.....

PROBLEMI INTRADIALITICI:

.....

.....

.....

TERAPIA INTRADIALITICA:

.....

.....

Il Medico

.....

MODULO 2: RELAZIONE CLINICA

COGNOME.....NOME.....DATA.....

ANAMNESI

PROBLEMI ATTIVI

TERAPIA EXTRADIALITICA

Il Medico

.....