

Scheda Dialitica

Cognome			
None			
Nato/a a		Data di nascita (dd/mm/yyyy)	
Residenza		Indirizzo:	
N° telefono			
Centro Dialisi (nome – telefono –e- mail)			
Indirizzo/ tel Roma			



Scheda Dialitica

Tipo di Dialisi		Concentrato	
Filtro		Data Dialisi	
Frequenza		Turno	
Tempo		Peso Corporeo	
Gap di peso corporeo		PA PRE Dialitica	
Eparina		FC PRE Dialitica	
Conducibilità		PA POST Dialitica	
Aghi		FC POST Dialitica	
Accesso Vascolare		Infusione	

Data esecuzione ultimo esame:		Markers	
<i>Azotemia</i>		<i>HBsAg</i>	
<i>Creatinina</i>		<i>HBsAb</i>	
<i>Natriemia</i>		<i>HCV Ab</i>	
<i>Potassiemia</i>		<i>HIV</i>	
<i>Calcio mmol/L</i>		Allergie	
<i>Fosforo mmol/L</i>			
<i>PTH</i>			
<i>Albumina</i>			
<i>RBC</i>			
<i>Hb</i>			
<i>Ht</i>			
<i>WBC</i>			



Scheda Dialitica

## Farmaci Intra-dialitici

Farmaco	Dose giornaliera	Posologia

Scheda Dialitica

## Anamnesi

Data

Firma