

foglio 1 (di 2) per l'annuncio di pazienti di dialisi in vacanza
Il modulo deve essere compilato dal medico curante.

Medicamenti:

Se medicinali sono necessari durante o dopo la dialisi, il paziente deve portarli con la relativa prescrizione medica. A causa del grande numero di ospiti in vacanza non è possibile per noi avere tutti i vari medicinali sul posto.

In caso di anticoagulazione orale (es. Marcoumar) si prega di prescrivere il dosaggio fino al secondo giorno di dialisi in DiaLago.

Paziente Cognome: Nome: Data di nascita:
 Dialisi da DiaLago da a (data) altezza:

Dati di dialisi HDF Postdilution: HDF Predilution: HD:

Durata di dialisi ore: _____ flusso: _____ ml/min.

Peso secco: Tara: UF max.: ml/h Reinfusione:

Filtro utilizziamo FX CorDiax High-Flux Fresenius
 superficie, m² 60 80 100 120
 1,4 1,8 2,2 2,5

Concentrati dati dei concentrati

	↓ scegliere	Na ⁺	K ⁺	Ca ²⁺	Mg ²⁺	Cl ⁻	HCO ₃ ⁻
AC-F 211.25 - 75	<input type="checkbox"/>	138	2	1,25	0,75	109,00	32,00
AC-F 311.25 - 75	<input type="checkbox"/>	138	3	1,25	0,75	110,00	32,00
AC-F 411.25 - 75	<input type="checkbox"/>	138	4	1,25	0,75	111,00	32,00

▶ Se il paziente necessita di materiale diverso è pregato di portarlo con se.

Accesso vascolare

Fistola: nativa: dx: avambraccio: femorale:
 protesi: sx: braccio: altro: _____
 Punzione ad occhiello: pregasi consegnare documentazione - foto al paziente

Aghi Bionic: 15G 16G 17G

Catetere Chiusura CVC: Tauro Lock, HEP500 5ml (Taurolidicin, 4% citrato, Eparina) o Eparina
 Chiusura lume arterioso: _____ ml Chiusura lume venoso: _____ ml

Cambio medicazione per ogni dialisi o quando? Lu. Mer. Ven.

▶ Se sistema Tego Connector => pregò darlo al paziente da portare

foglio 2 (di 2) per l'annuncio per signora / signore

Sistema Anticoagulazione

Eparina: Bolus: _____ UI continuo: _____ UI Stop: _____ min.

o

NMH: Dosaggio: _____

▶ Prodotti differenti p. f. dare al paziente da apportare

Allergie / incompatibilità

Sierologia

▶ referto non più vecchio di 6 mesi

HIV pos	<input type="checkbox"/>	neg	<input type="checkbox"/>
HBs AK pos.	<input type="checkbox"/>	neg	<input type="checkbox"/>
HBV AG pos	<input type="checkbox"/>	neg	<input type="checkbox"/>
HCV AK pos	<input type="checkbox"/>	neg	<input type="checkbox"/>

Eventualmemte viremia:

Resistenze

▶ referto non più vecchio di 3 mesi

MRSA pos neg

Iscrizione:

Vi preghiamo di inviarci questo modulo d'annuncio con:

- risultati laboratorio
 - sierologia virale non più vecchia di 6 mesi
 - lista diagnosi
- al più tardi 2 settimane prima delle vacanze

Pregasi consegnare al paziente:

- l'ultimo protocollo di dialisi
- i medicinali necessari + la prescrizione

Data + firma del medico

Grazie mille per la vostra iscrizione e la sua collaborazione.

Centro dialisi Dialago SA ◻ Via San Gottardo 200 ◻ 6598 Tenero-Minusio ◻ Svizzera
Tel. 0041 91 745 15 60 ◻ Fax 0041 91 745 15 61 ◻ info@dialago.ch ◻ www.DiaLago.ch