

Completare insieme alla scheda di dialisi ed inviare a

**USL 7 Ospedale Alta Val d'Elsa**

**Poggibonsi - Campostaggia**

**Sezione di Nefrologia**

O577 994219-fax 0577 994205

Sig./ra... ..nato/a il.....Indirizzo e numero di  
telefono.....

Affetto/a da insufficienza renale cronica per .....

è in trattamento emodialitico presso questo Centro dal.....Indirizzo e numero  
di telefono del centro.....

Fatti clinici

rilevanti.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Accesso vascolare:.....

Incremento ponderale interdialitico:..... Kg

Pressione Arteriosa I.D.....Pressione Arteriosa F.D.....

Comportamento intradialitico:.....

HBsAg:... ..Ab anti-HCV: .....

Ab anti-HIV:.....

Sono richieste n°.....sedute dialitiche, il.....

**Terapia intradialitica:**

**Terapia a domicilio**

Dr.