

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.