

Data...../...../.....Firma Medico.....

COGNOME.....**NOME**.....

PESO SECCO Kg.....

TIPO DIALISI.....

MONITOR.....

FILTRO.....

TD X sedute/sett.....

EPARINA: BOLO cc.....cc/h.....

EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE:

Tipo.....Quantità.....

QB. ml/min.....Q.inf. l/h.....QD ml/min.

Bagno dialisi:Na+.....K.....Ca.....mMol/l

Bicarbonato.....mmol/l

TEMPERATURA BAGNO DIALISI.....

CONTROLLO GLICEMICO SI NO

STACCO con: Sol. Fisiologica Glucosio 5%

FAV/PROTESI: AGHI N°.....

C.V.C. EPARINA : ART. cc.VENA cc.....

ALLERGIE RIFERITE.....

DISINFEZIONE CUTE.....

CEROTTI.....

