

Adatlap vendégdialízishez / Form for guest-dialysis

Beteg neve: /Patient's name: _____

TAJ: / Patient ID: _____

Születési év, hó, nap: /Date of birth yy/mm/dd: _____

Első dialízis: / First dialysis: (yy/mm/dd): _____

Szárazsúly: / Dry weight: _____ kg.

Kezelések közötti várható súlynövekedés: / Expected weight increase between treatments:
_____ kg.

Kezelés napjai: / Days of treatment: _____

Kezelés hossza: / Length of treatment: _____ óra/hrs.

Kezelés fajtája./Type of treatment: (eg.-high flux, haemodialfiltration) _____

Érkezés napja: / Date of arrival _____

Távozás napja: / Date of departure: _____

A megfelelő aláhúzendő: /Please underline Fistula Canule

Leírás:/Description: _____

1 tűs / 1 needle 2 tűs / 2 needles

Kapillár: / Membrane used: _____

Heparin dózis: / Heparine dose: _____

Alapbetegség: / Primary disease: _____

Egyéb betegség: / Comorbidity: _____

Kezelés alatti probléma: / Problems during treatment:

Allergia: / Allergy: _____

Kezelés alatt/után szükséges gyógyszerek: / Medication necessary during/after treatment:

Laborok: / Laboratory results: Date: _____

Se Na: anti HIV: pos/neg Date: _____

SeK: anti HCV: pos/neg Date: _____

Creatinine: HBsAg: pos/neg Date: _____

CN/BUN:

Dátum / Date: _____

Kitöltő orvos (physician)