

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Emodialisi [] Dialisi Peritoneale [] Trattamento conservativo []
Giorni dialisi L [] Ma [] Me [] G [] V [] S [] D [] mattino [] pomeriggio [] sera []
Tipo di dialisi: _____ Accesso vascolare: _____
Inizio trattamento dialitico: _____ Tolleranza alla dialisi_ Sì [] No [] _____
Diuresi residua (ml): _____ Peso a fine dialisi (Kg): _____ Altezza (cm): _____ BMI: _____

DATI IMMUNOLOGICI

Gruppo sanguigno: _____ RH positivo [] negativo []
Precedenti gravidanze e/o aborti (numero): _____ data ultima: _____
Vaccinazione anti HBV: _____ Data: _____ Titolo anti HBS: _____
Vaccinazione antiCovid: Sì [] No [] N° _____ Data ultima _____
Trasfusioni: Sì [] No [] numero complessivo _____ data ultima: _____

GIUDIZIO CLINICO COMPLESSIVO:

Motivazioni di urgenza: _____

Il medico del Reparto Dialisi di provenienza: _____

PARTE RISERVATA AL CENTRO CHE EFFETTUA IL TRAPIANTO

VALUTAZIONE FINALE 1 [] idoneo 2 [] idoneo con rischio 4 [] sospeso [] in studio

OSSERVAZIONI:

Il Medico Nefrologo della Lista d'attesa per Trapianto di Rene
