

Formularz zgłoszenia na dializy wakacyjne

1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL:

Kod pocztowy:Miasto:

Ulica:

nr domu nr mieszkania

Telefon kontaktowy do pacjenta/osoby bliskiej.....

i/lub adres e-mail:.....

2. Adres macierzystej stacji dializ:

Kod pocztowy:Miasto:

Ulica: nr domu.....

Adres e- mail do sekretariatu

Nr telefonu do lekarza w ośrodku macierzystym:.....

3. Status wirusologiczny wymagający dedykowanej maszyny/ stanowiska (proszę zaznaczyć)

TAK

NIE

4. COVID-19 (proszę zaznaczyć)

Pacjent zaszczepiony

TAK Liczba dawek: Data ostatniej dawki szczepienia:

NIE

5. Rodzaj dostępu naczyniowego (niepotrzebne skreślić)

- Przetoka
- Cewnik

6. Planowany termin dializ gościnnych

- Data pierwszej dializy w wybranej stacji:
- Data ostatniej dializy w wybranej stacji:

7. Transport na hemodializę w okresie korzystania z dializ (proszę zaznaczyć):

- nie będzie wymagany
- będzie wymagany – podać odległość w km oraz adres pobytu czasowego:

.....
.....

8. Sprawność fizyczna (proszę zaznaczyć właściwe):

- pacjent chodzący
- pacjent korzysta z kuli
- pacjent porusza się na wózku inwalidzkim.

9. Inne informacje przekazane przez Pacjenta, które mogą mieć wpływ na organizację leczenia dializami:

.....
.....
.....
.....
.....

10. Pacjent przybywający na dializy gościnne powinien posiadać następujące dokumenty:

- a) Karta Informacyjna z macierzystej stacji dializ oraz skierowanie na dializy
- b) grupa krwi.....
- c) antygen HBs; data: (wynik nie starszy niż 6 miesięcy od daty pierwszej dializy gościnnej)
- d) przeciwciała anti-HCV; data: (wynik nie starszy niż 6 miesięcy od daty pierwszej dializy gościnnej)
- e) HCV – PCR; data:(wynik nie starszy niż 12 miesięcy od daty pierwszej dializy gościnnej)
- f) HIV

Terminy zgłoszone w powyższym formularzu potwierdzenia w komunikacji bezpośredniej z Kierownictwem stacji dializ.