



ΑΙΤΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :		ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝ. /..... /.....
ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ :		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΑΡ. :
Τ.Κ. :	ΠΟΛΗ :	
E-MAIL :	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΦΙΞΗΣ

..... /..... /.....

ΟΝΟΜΑ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ
ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΟΠΩΝ

ΔΕΥΤ / ΤΕΤ / ΠΑΡΑΣΚ

...../...../..... /...../..... /...../..... /...../..... /...../..... /...../..... /...../.....

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΑΚΟΠΩΝ

ΤΡΙ / ΠΕΜΠ / ΣΑΒΒ

...../...../..... /...../..... /...../..... /...../..... /...../..... /...../..... /...../.....

ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΩΡΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΡΩΙ

ΑΠΟΓΕΥΜΑ

ΒΡΑΔΥ

Σε περίπτωση ανάγκης παρακαλούμε να μας δηλώσετε το άτομο που θέλετε να επικοινωνήσουμε

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :

EMAIL :

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΤΙΣ ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΙΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ :

ΠΟΛΗ :

ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :

ΘΕΡΑΠΟΝ
ΙΑΤΡΟΣ :

ΧΡΕΩΣΕΙΣ

ΤΑΜΕΙΟ ΕΟΠΥΥ

ΑΛΛΟ

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

ΜΕΤΡΗΤΑ

ΚΑΡΤΑ

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

* ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΔΗΛΩΣΕΤΕ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ

ΕΙΔΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ :

ΗΑΕΜΟΔΙΑΛΥΣΙΣ

ΟΝ-LINE ΗΕΜΟΔΙΑΦΙΛΤΡΑΤ

ΤΥΠΟΣ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ :

ΕΙΔΟΣ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ :

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ : RHESUS :

HBsAg (ΗΜΕΡΟΜ /...../.....)

ΘΕΤΙΚΟ

ΑΡΝΗΤΙΚΟ

HCV (ΗΕΡΑΤΙΤΙΣ C-VIRUS)

ΘΕΤΙΚΟ

ΑΡΝΗΤΙΚΟ

(ΗΜΕΡΟΜ /..... /.....)

HIV-TEST (ΗΜΕΡΟΜ /...../.....)

ΘΕΤΙΚΟ

ΑΡΝΗΤΙΚΟ

MRSA-INFECTIION

ΘΕΤΙΚΟ

ΑΡΝΗΤΙΚΟ

(ΗΜΕΡΟΜ /...../.....)

Παρακαλούμε συμπεριλάβετε αποτελέσματα

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ : ΑΠΟ /..... /.....

ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ :

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ: ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΩΡΕΣ

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΠΑΡΟΧΗ: ΑΡΙΣΤΕΡΑ / ΔΕΞΙΑ - ΜΙΑ / ΔΥΟ ΒΕΛΟΝΑ | ΕΣ

ΝΟ ΣΥΡΙΓΓΑΣ: ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ:

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ : ΜΜΗΓ (ΠΡΙΝ) /..... ΜΜΗΓ (ΜΕΤΑ)

ΒΑΡΟΣ : KG ΜΕΣΗ ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΣΗ : ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΟΥΡΩΝ / 24 HRS. :ML

ΣΥΝΘΕΣΗ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ:

ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΒΕΤΕ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΒΕΤΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (ΟΧΙ ΑΝΩ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΜΗΝΩΝ)

ΗΕΡΑΡΙΝΙΖΑΤΙΟΝ:ML.

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:.....

ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ : ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ : Ο ασθενής είναι εξαρτώμενος από αναπηρικό αμαξίδιο /
έχει δυσκολία βάδισης

ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΥ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ ΤΥΧΟΝ ΑΝΑΓΚΕΣ :