

PROTOKOL ZA HEMODIALIZO

IME _____

PRIIMEK _____

OD _____ **DO** _____

ALERGIJE:

DIALIZATOR:

DIABETIK: **DA** **NE**

KONCENTRAT:

BiBag:

IME IN PRIIMEK: _____

DATUM ROJSTVA: _____ **SPOL:** M Ž

NASLOV: _____

TELEFON: _____

V NUJNEM PRIMERU OBVESTITI :

DIAGNOZA OSNOVNE LEDVIČNE BOLEZNI: _____

LEDVIČNA BIOPSIJA: DA (kdaj) _____ **NE**

OTROŠKA ANAMNEZA: _____

DRUŽINSKA ANAMNEZA: _____

DOSEDANJE BOLEZNI:

SOCIALNA ANAMNEZA (poklic, s kom živi, še dela/upokojen):

RAZVADE: _____

PRVA HEMODIALIZA: _____

KANDIDIAT ZA TX: DA NE

NA ČAKALNI LISTI: DA NE OD: _____

TRANSPLANTIRAN: _____

RE-HEMODIALIZA: _____

EXITUS: _____

KONSTRUKCIJA AV FISTULE

DATUM KONSTRUKCIJE	MESTO AVF	OPERATER

DIALIZNI KATETER

DATUM VSTAVITVE	VZROK VSTAVITVE	MESTO VSTAVITVE	DATUM ODSTRANITVE	VZROK ODSTRANITVE

CEPLJENJE PROTI HEPATITISU B

PRVO CEPLENJE	PONOVITVENO CEPLENJE	POŽIVITVENA DOZA

CEPLJENJE PROTI COVID - 19

PRVO CEPLENJE	DRUGO CEPLENJE	POŽIVITVENA DOZA

CEPLENJE PROTI GRIPI DA NE

BOLNIŠNIČNE OKUŽBE

Kolonizacija: _____

Kolonizacija: _____

DATUM	IZVID

DATUM	IZVID

Kolonizacija: _____

Kolonizacija: _____

DATUM	IZVID

DATUM	IZVID