

---

S.S. DIALISI TERRITORIALE Responsabile: dott. F. Chiappero  
C.A.L. "SUSA" Responsabile: dott. M. Morello  
Corso Inghilterra 66 10059 Susa (TO) Tel. 012232894 Fax 0122621406  
[cald5@asl5.piemonte.it](mailto:cald5@asl5.piemonte.it)

## DATI PERSONALI :

COGNOME ..... NOME ..... DATA DI NASCITA.....  
CODICE FISCALE .....  
CITTA' ..... PROVINCIA.....  
INDIRIZZO..... C.A.P.....  
TELEFONO..... CELLULARE.....  
E-MAIL..... FAX.....  
RESIDENZA DURANTE LA VACANZA .....

## DATI CENTRO DIALISI DI PROVENIENZA :

NOME STRUTTURA.....  
CITTA' ..... PROVINCIA.....  
INDIRIZZO..... C.A.P.....  
TELEFONO..... FAX.....  
E.MAIL.....  
MEDICO DI  
RIFERIMENTO.....

**PERIODO RICHIESTO :**

DAL.....AL.....N. SEDUTE SETTIMANALI.....

COGNOME ..... NOME ..... DATA DI NASCITA.....

TIPO DI TRATTAMENTO .....DURATA SEDUTA .....

FILTRO: Tipo .....

FISTOLA ARTERO-VENOSA : Tipo.....

Ago Arterioso (G).....Ago Venoso(G).....

CATETERE VENOSO CENTRALE : Modalità di chiusura(eparina/altro).....

Lume arterioso (ml.....) Lume venoso (ml.....)

CONCENTRATO Na.....K.....Ca.....

FLUSSO SANGUE: (ml/m).....FLUSSO BAGNO (ml/m).....UF oraria max.....

EPARINIZZAZIONE: Tipo di eparina.....Dose totale U/I.....

Bolo.....Mantenimento.....

PESO SECCO KG.....

PROBLEMI INTRADIALITICI:

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

ALLERGIE .....

TERAPIA INTRADIALITICA:

Terapia intradialitica	1 dialisi sett	2 dialisi sett	3 dialisi sett

# RELAZIONE CLINICA

COGNOME.....NOME.....DATA.....

## ANAMNESI

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

## PROBLEMI ATTIVI

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

## TERAPIA EXTRADIALITICA

-

Terapia domiciliare	ORE 8.00	ORE 12.00	ORE 16.00	ORE 20.00	NOTE