

The Regular Dialysis Unit

Transit Patient information form: Cartella clinica informatizzata

Cognome nome/ Patient's name: Data di nascita/ Date of Birth:	sesso/ Gender: data/ date:
--	---

Luogo di residenza/**Permanent Residence:**
 Indirizzo/**Address:**

Cellulare/Fax
Email:

Nome del centro emodialitico (in Italia) / **Referring Center:**

--

Indirizzo/**Address:**

Cellulare/Fax
Email:

Indirizzo in Egitto/**Transit Residence in Egypt:**

Hotel/Indirizzo /**Address:**

Cellulare:

--

Persona da contattare in Egitto/**Contact person in Egypt:**

Hotel / Indirizzo /**Address:**

:

Cellulare portare/**Mobile:**

--	--

Diagnosi nefrologica di base /Original Disease:

Data della prima Dialisi/ **Date of starting RDT:**

Anamnesi emodilittica/ Dialytic History:.

<u>Tipo di dialisi/Type of Dialysis</u>	<u>Inizio della dialisi/Dialysis Access</u>	<u>Centro/Center</u>	<u>da/From</u>	<u>Q/to</u>

Trasfusioni precedenti /Previous Transfusions:

Numero/ **Number:**

Ultima/**Latest:**

Reazioni di incompatibilità /**any reactions:**

Gruppo sanguigno/**Blood-group:**

Trapianti precedenti/ Previous Transplants

Data del trapianto/ Date of Transplantation	Donatore/ Donor	Data della rimozione/ Date of graft Loss	Causa/ Cause

Infezioni virali precedenti / Previous Viral Infections:

Infezione/ Infection	Data del contagio / date acquired	Stato attuale del contagio / Current Status
HBV		
HCI		
HIV		
CMV		

Modalità attuale della dialisi / Current Dialysis Modality:

HD () CAPD () PD () altre/ **Other:**

Emodialisi/ Haemodialysis:

Data d'inizio della dialisi in Egitto / **Dialysis Access: (First Session)will be on the:**

Data dell'ultima dialisi / **last Session will be on the:**

Ora / **time:**

Frequenza del trattamento/**Dialysis Frequency:** x settimana /**week**

Durata del trattamento / **hours/Session:** _____ Durata del trattamento / **hours/session**

Filtro usato/ Dialyzer often Used: (solo Fresenius)

Membrana/ **Membrane:** Spessore della membrana /**Membranethickness:**

Area di superficie/ **Surface area:**

Tampone/**Buffer:** **potassio No.:**

Particolari rilevanti/ Other relevant data:

Speciali raccomandazioni/Any specific recommendations:

Medico curante /**Physician in Charge:**

.....
timbro del centro e firma
del medico responsabile
/Signature:

data / **Date:**