



# GÄSTDIALYSFORMULÄR



Patientnamn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Diagnos och kort anamnes: \_\_\_\_\_

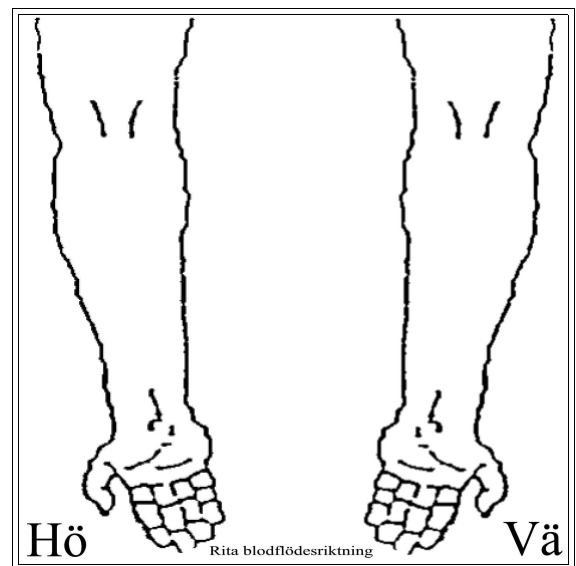
Allergier: \_\_\_\_\_

## Dialysregim:

- Dialysbehandlingar/vecka: \_\_\_\_\_ Timmar/behandling: \_\_\_\_\_
- HD     HDF \_\_\_\_\_ L     HF \_\_\_\_\_ L
- HD-koncentrat: \_\_\_\_\_
- Koncentratnehåll:    Na:            K:            Ca:            Gluc: \_\_\_\_\_
- HDF-vätska: \_\_\_\_\_ HF-vätska: \_\_\_\_\_
- Dialysator: \_\_\_\_\_ Yta: \_\_\_\_\_ Koeff: \_\_\_\_\_
- Torrvtikt: \_\_\_\_\_
- Heparin/Fragmin: \_\_\_\_\_ E/ml
- Administrering: \_\_\_\_\_
- Apparatinställning:    Na: \_\_\_\_\_ Bic: \_\_\_\_\_
- Profilerig: \_\_\_\_\_

## Access:

- Dialysnålar    A \_\_\_\_\_  
                          V \_\_\_\_\_  
                          SN \_\_\_\_\_
- CDK-typ            \_\_\_\_\_  
  Längd            \_\_\_\_\_  
  Lås                A \_\_\_\_\_  
                          V \_\_\_\_\_



Sköter patienten någon del av dialysen själv?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ev. komplikationer under dialybehandlingen:**

---

---

Åtgärder/behandling: \_\_\_\_\_

---

**Övriga upplysningar av intresse:**

---

---

---

**Kopior som skickas med patienten:**

- Läkemedelslista.
- Lab.listor.
- Behandlingsprotokoll.
- Lab.svar. HbsAg / HCV / HIV / MRSA / VRE
- Journalanteckning.
- Omvårdnadsanteckning.
- Rapportblad.
- Ansvarsförbindelse för hem-hd-patient/självdialyspatient
- Patienten har frikort giltigt till och med: \_\_\_\_\_

**Önskade behandlingsdatum:** \_\_\_\_\_

---

**Patientens vistelseadress och tel.nr under gästdialysperioden:**

---

---

---

*Dialysavdelning:* \_\_\_\_\_

*Kontaktperson:* \_\_\_\_\_

*Telefonnr:* \_\_\_\_\_ *Faxnr:* \_\_\_\_\_