

فرم تایید وثبت بیماران دیالیزی

اطلاعات بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار: _____ کدملی: _____ تاریخ تولد (روز/ماه/سال): _____ نام پدر: _____ شماره تلفن همراه: _____ شماره تلفن ثابت استان/شهر: _____ استان: _____ شهر: _____ (در بیماران ساکن شهر تهران) منطقه شهرداری: _____ وضعیت خویشاوندی: ☐ غریبه ☐ خویشاوند سابقه بیماری کلیوی در بستگان: ☐ خواهر ☐ برادر ☐ سایر بستگان
بیمه	نوع بیمه: _____ شماره بیمه: _____
پزشک معالج	نام و نام خانوادگی پزشک (مسئول فنی بخش): _____ تخصص: _____ شماره نظام پزشکی: _____
اطلاعات بیماری	نوع دیالیز: ☐ همودیالیز ☐ صفاقی ☐ دارویی سال شروع درمان: _____ ماه شروع درمان: _____ (در صورتیکه در ماه جاری دیالیز شروع شده است) تاریخ دقیق اولین جلسه دیالیز: _____ / _____ / _____ سال تشخیص: _____ سال شروع درمان: _____ نام مرکز درمانی فعلی: _____ نوع پذیرش: ☐ دائم ☐ موقت
نتایج آزمایشات ویروسی	HBS: ☐ نامعلوم ☐ مثبت ☐ منفی HCV: ☐ نامعلوم ☐ مثبت ☐ منفی HIV: ☐ نامعلوم ☐ مثبت ☐ منفی
دسترسی عروقی/صفاقی	وضعیت ذکر شود .

(*) بمنظور تسریع در تعبیه دسترسی عروقی دائمی (فیستول/گرفت) ضروری است لیست مراکز درمانی دارای فوق تخصص جراحی عروق/جراح صاحب فرایند در اختیار بیمار و بخشهای دیالیز قرارگیرد.

(**) پزشک واجد شرایط جهت تایید دیالیز فوق تخصص نفرولوژی می باشد.