

DA INVIARE ENTRO IL 10 Febbraio-Maggio-Agosto-Novembre

PARTE RISERVATA AL CENTRO DIALISI DI PROVENIENZA

AGGIORNAMENTO CLINICO-IMMUNOLOGICO Data _____

Centro Dialisi _____

Paziente (Cognome-nome) _____

Variazioni cliniche SI ☐ NO ☐ peso(kg) _____

Ciclo trasfusionale in atto SI ☐ NO ☐ RhuEPO SI ☐ NO ☐

N. trasfusioni effettuate (dall'ultimo aggiornamento) ____ Tipo _____ Data: _____

Patologie mediche/chirurgiche in atto: _____

Terapia in atto: _____

Data Esami di Laboratorio: _____

HBsAg + ☐ - ☐ HBsAb + ☐ - ☐ (____) mu/ml HBcAb + ☐ - ☐

HIV + ☐ - ☐ CMV IgG + ☐ - ☐ VDRL + ☐ - ☐

HCV + ☐ - ☐ RNAmPCR + ☐ - ☐ (HCV) TPHA + ☐ - ☐

AST (U/L) _____ ALT (U/L) _____ gamma-GT (U/L) _____ Fosf.Alc. (U/L) _____

Calcemia (mg/dl) _____ Fosforemia (mg/dl) _____ PTH (pg/ml) _____

HB (g/dl) _____ Hmt (%) _____ PT (%) _____ PTT (sec.) _____ PSA _____

Solo per pazienti in terapia conservativa: Creatininemia (mg/dL): _____ GFR: _____

Esami strumentali e specialistici che ritenete utili allegare:

Firma del Nefrologo Responsabile del paziente _____

PARTE RISERVATA AL CENTRO TRAPIANTI

VALUTAZIONE FINALE Precedente 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Attuale 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Note _____

Il Medico addetto alla gestione della Lista di Attesa