

DIÁLISIS DE VACACIONES

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE APELLIDOS: DOMICILIO: Nº SEG. SOCIAL: DNI:		LUGAR DE NACIMIENTO: TEL. E-MAIL	
DOMICILIO DE VACACIONES:		TEL.	
FAMILIAR MÁS CERCANO			
NOMBRE COMPLETO: DOMICILIO:		TEL.	
MÉDICO DEL PACIENTE			
NOMBRE:		TEL.	
UNIDAD DE REFERENCIA			
NOMBRE DE LA UNIDAD:		TEL.	
DOMICILIO:		FAX.	
PERSONA DE CONTACTO:		TEL.	A/A
		E-MAIL	
MÉDICO:			
FECHAS DE DIÁLISIS DE VACACIONES			
PRIMERA DIÁLISIS:			
ÚLTIMA DIÁLISIS:		NÚMERO TOTAL:	

PAUTA DE DIÁLISIS			
DÍAS DE LA SEMANA DE DIÁLISIS DEL PACIENTE Y DURACIÓN			
PESO SECO			
PRESCRIPCIÓN DE DIÁLISIS			
TAMAÑO Y TIPO DE DIALIZADOR			
DATOS DEL ACCESO (Ej: tipo, lugar y tamaño de la aguja)			
CONDICIONES DEL ACCESO (Ej: bueno, aceptable, malo)			
VELOCIDAD DEL FLUJO SANGUÍNEO			
PRESIÓN ARTERIAL MEDIA		TIPO Y PAUTA DE HEPARINA	
PRE-DIÁLISIS		DÓSIS DE CARGA	
POST-DIÁLISIS		CONTINUACIÓN	
PROMEDIO DE GANANCIA DE PESO ENTRE DIÁLISIS			
¿TOLERANCIA A LA HD, ALGUN PROBLEMA DURANTE LA DIÁLISIS? (especificar)			
ANALÍTICA DE SANGRE RECIENTE: POR FAVOR APORTAR INFORME			
MEDICACION INTRA-DIÁLISIS		Nota: Deberá traer consigo la medicación de uso hospitalario que precise durante su estancia en el Centro (Eritropoyetina, Hierro IV, Vitamina D etc.). Esta medicación debe ser aportada por su Centro de diálisis.	
ERITROPOYETINA (EPO) (TIPO, DOSIS, FRECUENCIA)			
HIERRO IV. (TIPO, DOSIS, FRECUENCIA)			
VITAMINA D (TIPO, DOSIS, FRECUENCIA)			
OTRAS MEDICACIONES I.V			
INFECCIONES		Nota: Por favor, envíenos analítica reciente y los resultados de la serología, Hepatitis C, B, y VIH (realizados en los 30 días inmediatamente procedentes a la primera diálisis vacacional) al menos 10 días antes de su llegada a nuestro centro. PCR SARS-CoV-2 Cualitativo debe haber sido efectuado los 4-5 antes de su llegada a nuestro centro.	
ESTADO DE HEPATITIS B: INCLUIR HBS Ag; HBS Ac y HBC Ac En el caso de que el paciente presente HBC Ac positivos (independientemente del resultado del HBS Ac), la serología debe ampliarse con una carga viral (PCR) del virus de la Hepatitis B.		FECHA	

ESTADO DE HEPATITIS C			FECHA
ESTADO DE VIH			FECHA
PCR SARS-CoV-2 Cualitativo			FECHA
ESTADO DE ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN-RESISTENTE (MARSA)	NARIZ	INGLE	FECHA
ESTADO DE ENTEROCOCO VANCOMICIN-RESISTENTE (VRE)	RECTO		FECHA
HERIDAS ABIERTAS O ULCERAS (especificar) Si este campo dice “si”, entonces el cumplimiento del status del MARSA es obligatorio			
COLOSTOMIA PRODUCTIVA Si este campo dice “si”, entonces el cumplimiento del status del VRE es obligatorio	SI		NO
HISTORIAL CLÍNICO			
DIAGNÓSTICO INICIAL			
OTRAS ENFERMEDADES GRAVES (<i>Por favor, adjunte informe médico en caso necesario</i>)			
¿HA PADECIDO INFECCION POR SARS COV-2 EN 2020? (SINTOMÁTICA O PORTADOR ASINTOMATICO)			
ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA FIRMADA POR MÉDICO RESPONSABLE			
ALERGIAS			
MEDICACIÓN DOMICILIARIA			
OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE/PROBLEMA EN DIÁLISIS/CUIDADOS ESPECIALES			
FIRMA DEL MÉDICO AUTORIZADO		FECHA	
NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO AUTORIZADO			