

Dienst Nefrologie

+32 89/ 80 82 30

Dr. J. Peeters
Medisch diensthoofd

Stafleden

Dr. L. Hendrickx
Dr. E. Macken
Dr. C. Metalidis
Dr. J. Peeters
Dr. A. Van Mieghem
Prof. Dr. L. Heylen
Prof. Dr. B. Sprangers

AANVRAAGFORMULIER VAKANTIEDIALYSE ZOL GENK

PERSOONLIJKE INFORMATIE

1. Persoonlijke gegevens patiënt

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Naam partner:

Voornaam partner:

Thuisadres:

Straat: Huisnummer: Bus:

Postcode: Woonplaats:

Land:

Telefoon: GSM :

Spreektaal:

Huisarts:

Naam en voornaam:

Woonplaats:

Contactpersonen in geval van nood:

ICE 1:

Naam: Voornaam:

Telefoonnummer: GSM:

ICE 2:

Naam: Voornaam:

Telefoonnummer: GSM:

2. Mutualiteit- en/of verzekeringsgegevens

Titularis:

Naam:

Voornaam:

Verzekeringsnummer:

Mutualiteit of verzekeringsmaatschappij:

Naam:

Telefoon:

E-mail:

3. Dialysecentrum

Naam dialysecentrum of ziekenhuis:

Postcode: Stad/gemeente:

Land:

Telefoon:

E-mail:

Behandelende geneesheer/nefroloog:

Actueel dialyseschema: Maandag/woensdag/vrijdag voormiddag

namiddag

avond

Dinsdag/donderdag/zaterdag voormiddag

namiddag

avond

4. Vakantie inlichtingen

Vakantie adres in België:

Straat en nummer:

Postcode: Plaats:

Telefoon: E-mail:

Startdatum vakantiedialyse: / /

Einddatum vakantiedialyse: / /

Gewenst dialyseschema tijdens de vakantie:

Maandag/woensdag/vrijdag voormiddag

namiddag

avond

Dinsdag/donderdag/zaterdag voormiddag

namiddag

(avond niet mogelijk)

5. Vervoer: Met eigen vervoer

Met taxi

MEDISCHE INFORMATIE EN DIALYSEGEGEVENS

1. Renale diagnose en relevante voorgeschiedenis / comorbiditeit:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Datum eerste dialyse:

3. Allergieën:

.....

.....

4. Recente problemen tijdens dialyse:

.....

.....

.....

.....

5. Serologie en microbiologie

Datum bepaling

- Hep B surface antigeen negatief positief
- Hep B surface antistoffen negatief positief
- Hep B core antistoffen negatief positief
- Hep C antistoffen negatief positief
- HIV antistoffen negatief positief
- MRSA screening negatief positief

6. Bloedgroep: **Rh-factor:**

Irreg. antistoffen:

7. Therapievorm: Hemodialyse Hemodiafiltratie

8. Dialysefrequentie + duur: X u.

9. Membraan type:

10. Dialysaatsamenstelling:

Natrium: mmol/l

Kalium: mmol/l

Bicarbonaat: mmol/l

Glucose: mg/dl

Calcium: mmol/l

11. Dialyseparameters:

- Streefgewicht:
- Gewichtstoename tussen 2 dialyses :
- Maximum UF rate: l of l/u
- Gem. bloeddruk:
 - ° bij start dialyse: mmHg
 - ° bij einde dialyse: mmHg
- UF profiling:
- Na profiling:
- Snelheid arteriële pomp: ml/ min
- Snelheid veneuze pomp: ml/ min

12. Toegangsweg:

- AV-fistel: type:
plaats:
 - metaalnaald katheternaald
 - unipunctuur bipunctuur
- Dialysekatheter: type:
plaats:
 - enkel lumen dubbel lumen
- Heparineslot: art. ven.

13. Medicatie tijdens dialyse:

- Anticoagulatie (wij gebruiken IV Enoxaparin = Clexane)
 - ° type:
 - ° dosis & frequentie:

- EPO (wij gebruiken IV Aranesp = 40 µg)
 - ° type:
 - ° dosis & frequentie:

- Ijzerpreparaat (wij gebruiken IV Injectafer 100 mg)
 - ° type:
 - ° dosis & frequentie:

- Andere:
 - ° type:
 - ° dosis & frequentie:

14. Thuismedicatie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Transplantatiekandidaat:

O ja

O neen

Transplantatiecentrum:

16. Labo resultaten:

laatste uitslagen in bijlage toevoegen aub

17. EKG:

laatste kopie in bijlage toevoegen aub

18. Recente MRSA-screening:

resultaat toevoegen in bijlage aub

19. Vaccinatieschema:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....