**Dialyse**

**DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE**

**SERVICE DE NEPHROLOGIE**

**Sekrätariat Tel. (+352) 44112022 - Fax  (+352) 44116887**

**Hospitalisation Tel. (+352) 44112736**

**Dialyse Tel. (+352) 44112343 – Fax (+352) 44116056 / Limited Care Tel. (+352) 44112343**

**Mail :** [**lux.fern@chl.lu**](mailto:lux.fern@chl.lu)[**dialyse@chl.lu**](mailto:dialyse@chl.lu)

|  |
| --- |
| Persönliche Informationen :  Name, Adresse, Krankenkasse und Versicherungsnummer : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zum Dialysezentrum:** |  | **Angaben zum Ferienort :** |
| Name und Adresse : |  | Name und Adresse : |
| Telefon : |  | Telefon : |
|  |  | GSM : |
| Fax: |  | Fax : |
| E-Mail: |  | E-Mail: |

**Angaben zur Person welche im Notfall kontaktiert werden soll (Name, Adresse, Telefonnummer):**

**Daten der gewünschten Feriendialyse (Tage und Zeiten) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATUM** | **ZEIT** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Medizinische Daten*:*** *(vom behandelnden Arzt auszufüllen)*

**Ursachen der Niereninsuffizienz** :

**Medizinische Krankenvorgeschichte** :

**Chirurgische Krankenvorgeschichte :**

**Allergien :**

**Medizinische Behandlung während der Dialyse** :( Kopie der verschriebenen Behandlung beilegen)

**Medizinische Behandlung zu Hause** :( Kopie der verschriebenen Behandlung beilegen)

**Angaben zur Dialyse :** (*vom Arzt zu kontrollieren*)

1. ***Dialyse :***

* Blutdruck
* *vor Dialyse :*
* *nach Dialyse:*
* *Dauer :*
* *Trockengewicht :*
* *Gewichtszunahme zwischen 2 Dialysen :*
* *Blutfluss :*
* *Dialysatfluss :*
* *Profil UF :*
* *Profil Na :*
* *Antikoagulantien****:***

1. ***Dialysat :***

* *HCO3- :*
* *Na+ :*
* *K+ :* l
* *Ca++ :*
* *Glucose :*

1. ***Dialysezugang :***

* ***AV-Fistel :***
* *Links /*  *Rechts*
* *Lokalisation :*
* *Uni Punktion :*  *Nadel /*  *Katheter*
* *Bi Punktion : Vene :*  *Nadel /*  *Katheter*

*Arterie :  Nadel /  Katheter*

* ***Zentralvenenkatheter :***

*Links /*  *Rechts*

* *Lokalisation :*

*Uni Lumen /*  *Doppel Lumen*

* *Dosis Heparin in dne Katheterenden :*
* *Uni Lumen :*       *ml*
* *Doppel Lumen : - Vene :*       *ml*

*- Arterie :*       *ml*

1. ***Hämodialysator :***

* *Typ :*
* *Oberfläche :*
* *Membrane :*  **FX 80**  **FX 100**  **F8**  **X16H**  **X20H**  **X22H**

*Andere :*

**Blutwerte (Photokopien beilegen) :**

* Serologie :(Hepatitis A, B, C et HIV) (Resultat aus den letzten 3 Monaten)
* MRSA screening (Haut, Nase, Hals, FAV und/oder KTR)
* ESBL / EPC Screening
* Biochimie - Hämatologie :
* Blutgruppe : (Kopie der Blutgruppenkarte)
* RX-Thorax und EKG
* Kopie des europäischen Sozialversicherungskarte oder einer Bescheinigung der Kostenübernahme

**Der Patient ist zu einer Transplantation eingeschrieben:***ja /*  *nein*

Für alle zusätzlich benötigten Informationen melden Sie sich bitte bei:

Herr Fernand Lux

Email : [lux.fern@chl.lu](mailto:lux.fern@chl.lu)

Tel. (+352) 4411 2343

Bitte eine Kopie der europäischen Krankenversicherungskarte oder der Kostenübernahme beilegen.

Das Dialyseteam aus dem Centre Hospitalier de Luxembourg