**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 :** **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+ :*
* *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** **[ ]  FX 60** **[ ]  FX 120** **[ ]  SURFLUX 15UX** **[ ]  SURFLUX 17 SURFLUX 21UK** *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:

HAFFNER Catherine

Email : **dialyse@chl.lu**

Tel. (+352) 4411 2343

Bitte eine Kopie der europäischen Krankenversicherungskarte oder der Kostenübernahme beilegen.

Das Dialyseteam aus dem Centre Hospitalier de Luxembourg