



**SCHEDA CLINICA DI VALUTAZIONE AL TRATTAMENTO EMODIALITICO PER PERSONE NON RESIDENTI**  
**CLINICAL EVALUATION CARD FOR HEMODIALYSIS TREATMENT FOR FOREIGN PATIENTS**

ANAGRAFICA CENTRO DIALISI DI RIFERIMENTO / DIALYSIS REQUEST FROM		
Centro Dialisi /Reference Dialysis Center:		
Tel. Centro Dialisi/Telephone Dialysis Center:	Fax. Centro Dialisi/Dialysis Center:	E-mail Centro Dialisi/Dialysis Center:
Medico Referente/Physician in charge: (Firma e Timbro/ Signature and Stamp)		

INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE / PATIENT DATA		
Nome, Cognome/First Name, Surname:		Data e luogo di Nascita/Date and Place of birth:
Codice Fiscale (solo cittadini italiani/Only italian citizens):	Codice sanitario (Only italian citizens):	Esenzione (Only italian citizens):
Residente a/Address:		Città/City:  Nazione/Country:
Recapito telefonico/Phone number:	Altro recapito telefonico/Additional telephone number:	
E-mail:		
Data arrivo/Date of arrival:	Data partenza/Date of departure (last dialysis):	
Numero di dialisi richieste/Number of dialysis required:		

<b>Richiesta autorizzazione alla ATS di appartenenza per il rimborso delle spese di trasporto (Only italian citizens)</b>	<input type="checkbox"/> <i>Si (trasmettere copia del documento)</i>	<input type="checkbox"/> No
---	--	-----------------------------

**INFORMAZIONI CLINICHE / MEDICAL INFORMATION**

Patologia di base/Type of nephropathy:

In Emodialisi dal / Dialysis start date:

Cardiopatia ischemica/Ischemic cardiopathy	<input type="checkbox"/> Si/Yes	<input type="checkbox"/> No	Diabete/Diabetes	<input type="checkbox"/> Si/Yes	<input type="checkbox"/> No
Arteriopatia periferica/Peripheral Arteriopathy	<input type="checkbox"/> Si/Yes	<input type="checkbox"/> No	Cirrosi /Cirrhosis	<input type="checkbox"/> Si/Yes	<input type="checkbox"/> No
Accidenti cerebrovascolari/Cerebrovascular accidents	<input type="checkbox"/> Si/Yes	<input type="checkbox"/> No	<i>(Specificare/ To specify)</i>		
Altri fattori di rischio/Other risk factors	<input type="checkbox"/> Si/yes	<input type="checkbox"/> No	<i>(Specificare/ To specify)</i>		

Problemi clinici in atto/ Active problems/Comorbidities:

No

*Si/Yes (Specificare e allegare documentazione/ Specify and attach documentation)*

Allergie/Allergies:  No  *Si/Yes (Specificare e allegare documentazione/ Specify and attach documentation)*

**TERAPIA FARMACOLOGICA/ THERAPY**

TERAPIA FARMACOLOGICA INTRADIALITICA /PHARMACOLOGICAL THERAPY INTRA DYALISIS *(Allegare schema leggibile/ Attach a readable schema)*

TERAPIA FARMACOLOGICA EXTRADIALITICA/ PHARMACOLOGICAL THERAPY EXTRA DIALYSIS *(Allegare schema leggibile/ attach a readable schema)*

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DIALITICO/INFORMATION DIALYTIC TREATMENT					
N. dialisi settimanali/ N. weekly dialisi  <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Giorno/Day  <input type="checkbox"/> Lu/Mo <input type="checkbox"/> Ma/Tu <input type="checkbox"/> Me/We <input type="checkbox"/> Gi/Th <input type="checkbox"/> Ve/Fr <input type="checkbox"/> Sa			Turno/Round  <input type="checkbox"/> Matt/morning <input type="checkbox"/> Pom/afternoon	
Durata della seduta (ore) / Dialysis session duration (hours)  <input type="checkbox"/> 3.00 <input type="checkbox"/> 3.30 <input type="checkbox"/> 4.00	Velocità della pompa sangue Q/b ml/min.: Speed of the blood pump Q/b ml/minute:				
TECNICA DIALITICA/ Dialytic technique:	<input type="checkbox"/> HD Bicarbonato/ Bicarbonate Standard			<input type="checkbox"/> HD Hight Flux	
	<input type="checkbox"/> HDF	Infusione lt/ora (Infusion liters / hour)	Sede/seat	Prefiltro/ Prefilter	Postfiltro/ postfilter
	<input type="checkbox"/> HF	Infusione lt/ora ora (Infusion liters / hour)	Sede/seat	Prefiltro / Prefilter	Postfiltro/ postfilter
	Membrana dializzatore/ dialyser membrane		Superficie/ Surface Mq		
COMPOSIZIONE DIALISATO/ dialysis bath:	NA+	K+	Ca	HCO3	
EPARINIZZAZIONE/ Heparin	Dose eparina/ heparin dose		Priming	Continua/ Continuos (unità/ora)	
PRESSIONE/PESO BLOOD PRESSURE /WEIGHT	Pressione pre dialisi/ blood pressure pre dialysis		Pressione post dialisi/ blood pressure post dialysis		peso secco/ dry weight
	Incrementi ponderali intradialitici medi/ interdialytic gain			UF massima oraria/ maximum hourly ultrafiltration	
SINTOMATOLOGA INTRA DIALITICA / Problems during dialysis:	<input type="checkbox"/> Ipotensione/Hypotension		<input type="checkbox"/> Ipertensione/ Hypertension		<input type="checkbox"/> Crampi/ Cramps
	<input type="checkbox"/> Altro/Other ( <i>Specificare/To specify</i> )				

ACCESSO VASCOLARE/ Vascular access	<input type="checkbox"/> FAV distal/ Distal arterious venus fistula	<input type="checkbox"/> FAV prossimale/ Proximal arterious venus fistula	<input type="checkbox"/> Protesi vascolare / Vascular graft (type)	Aghi/Needle type
ULTERIORI INFORMAZIONI CLINICHE DA RIFERIRE DURANTE LA SEDUTA DIALITICA / ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION TO BE REPORTED DURING THE DIALYSIS SESSION				

<b>ESAMI EMATOCHIMICI / Blood tests:</b> <i>eseguiti in data/Performed on ..... oppure allegare referti/or attach reports</i>					
HCV	HIV	HbSAg		AntiHBs mU/ml	
<b>TAMPONE KLEPSIELLA KPC NON ANTERIORE A 60 GIORNI/ KLEPSIELLA KPC NOT OLDER THAN 60 DAYS (Allegare copia/ Attach copy)</b>				<input type="checkbox"/> NEGATIVO  <input type="checkbox"/> POSITIVO	
Ht %	Na mEq/L	K mEq/L	Cl mEq/L	P mg/dl	Ca mg/dl
Urea PRE dialysis mg/dl	Urea POST dialysis mg/dl		Creatinina sierica PRE dialisi/ Serum creatinine PRE dialysis mg/dl	Creatinina sierica PRE dialisi/ Serum creatinine POST dialysis mg/dl	
Kt/v <i>Metodo di calcolo/Sample method)</i>	NPCR (Calcolato/ Calculated)	Albuminemia gr/l	GTP U/l	GOT U/l	Fosfatasi alcalina U/l/ Alkaline Phosphatase

<b>ESAMI STRUMENTALI/ INSTRUMENTAL EXAMINATIONS</b>
RX torace/ Chest radiograph <i>(Allegare copia/ Attach copy)</i>
Ecg/ Elettrocardiogram <i>(Allegare copia/ Attach copy)</i>
Ecocardiogramma/Echocardiogram <i>(Allegare copia/Attach copy)</i>

**Si precisa che il mancato invio della scheda comporta la non conferma del soggiorno/** Dialysis period's booking is subject to the correct filling of this clinical form. Then you have to ask for a reservation confirmation.

Only italian citizens: I turisti che intendono chiedere il rimborso per la spesa/trasporto (quindi non automuniti) devono farne richiesta in anticipo alla ATS di appartenenza e presentarsi **presso i nostri Centri con autorizzazione scritta**.

Di seguito/Below:

Contatti Centri Dialisi/ Contact Dialysis Centers ASST Valtellina e Alto Lario


Modulo **per autorizzazione a dializzare in un CAL** / Authorization form to dialysis in a Cal (Centro Dialisi ad assistenza Limitata/ Limited Assistance Dialysis Center).

**SI PREGA DI COMPILARE QUESTO MODULO IN TUTTE LE SUE VOCI SCRIVENDO IN STAMPATELLO.  
GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE.**

**PLEASE COMPLETE THIS FORM IN ALL ITS PARTS IN CAPITAL LETTERS.  
THANKS FOR YOUR COLLABORATION.**

**CENTRO DIALISI DI SONDRIO**


Direttore Dott.ssa Sara Maria Viganò

 0342 521400/409/402

e-mail franca.fumagalli@asst-val.it

**CENTRO DIALISI DI ASSISTENZA LIMITATA DI CHIAVENNA**


Direttore Dott.ssa Sara Maria Viganò

 0343 67363

e-mail alda.bongio@asst-val.it

**CENTRO DIALISI DI ASSISTENZA LIMITATA DI MORBEGNO**


Direttore Dott.ssa Sara Maria Viganò

 0342 607280

e-mail alda.bongio@asst-val.it

**CENTRO DIALISI DI ASSISTENZA LIMITATA DI SONDALO**

Direttore Dott.ssa Sara Maria Viganò

 0342 808636 / 808282

e-mail anna.cusini@asst-val.it

Cordiali saluti/ Best regards

Il Coordinatore Infermieristico/ Nursing Coordinator

Centro Dialisi di Sondrio       CAL di \_\_\_\_\_

**Dichiarazione DI IDONEITA' al trattamento dialitico in C.A.L.**

**Declaration of Eligibility for dialysis treatment in the Limited Assistance Dialysis Center**

Il Sig./ra / Mr/Mrs .....

in trattamento dialitico presso il Centro Dialisi di /Dialysis Center or Limited Assistance Dialysis Center of:

.....

dal/from .....

è per la condizione clinica, riabilitativa e psicoattitudinale  
**IDONEO al trattamento emodialitico in assistenza limitata.**

For the clinical, rehabilitation and psychological condition, is **SUITABLE** for the treatment in the Limited Assistance Dialysis Center.

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma del Medico Responsabile

Stamp and Signature Physician in charge

Data/Date, .....