

MEDICAL REPORT-GUEST RECORD

(to be completed by the Nephrologists)

Медицинский отчет о пациенте (заполняется врачом пациента)

Name (Имя): _____ - _____

Surname (Фамилия): _____

Date of birth (Дата рождения): _____

Nationality(Национальность): _____

Name and address of the dialysis unit (Название и адрес постоянного отд. гемодиализа): _____

Nephrologist (Лечащий врач): Dr _____

Tel. (тел.) _____ Fax.(факс) _____

Cause of renal failure (этиология ХПН): _____

Other medical problems(Сопутствующие болезни):

Initiation on dialysis since (Дата начала диализа): _____ / _____ / _____

BLOOD TEST-SEROLOGY (Анализ крови (серологический)):

Hepatitis B (HBSAg): Neg./Pos. _____ on _____ / _____ / _____

Hepatitis B (HBSAb): Neg./Pos. _____ on _____ / _____ / _____

Hepatitis B (HBcAb): Neg./Pos. _____ on _____ / _____ / _____

Hepatitis C(HCV) o: Neg./Pos. _____ on _____ / _____ / _____

Hepatitis C RNA-PCR HVC: Neg./Pos. _____ on _____ / _____ / _____

HIV: Neg./Pos. _____ on _____ / _____ / _____

MRSA Swabs: Neg./Pos. _____ on _____ / _____ / _____

Hb: g/dl _____ on _____ / _____ / _____

Urea: mgs/dl _____ on _____ / _____ / _____

K: mEq/L: _____ on _____ / _____ / _____

Calcium: mg/dL: _____ on _____ / _____ / _____

Fosphorus: mg/dL: _____ on _____ / _____ / _____

SGOT: UI _____ on _____ / _____ / _____

SGPT: UI _____ on _____ / _____ / _____

Please include copies of lab latest Hepatitis B, C, HIV and MRSA blood test results (пожалуйста, включите копии лабораторных анализов крови на Гепатит В, С, ВИЧ и MRSA).

Known allergies (известные аллергии):

DIALYSIS DETAILS (подробности гемодиализа)

Type(тип): HD(гемодиализ): _____ HDF-ONLINE(гемодиализация онлайн): _____

Dialysis duration(Длительность процедуры в часах): _____ hours/ore

Frequency(частота -дней в неделю): _____ / week

Access type:

1) AV fistula(артериовенозная фистула) /Graft _____ Left _____ Right _____

Needle size (размер игл): _____ gauge

2) Permanent catheter (постоянный катетер): _____

Heparin lock volume (доза гепарина): A _____ ml V _____ ml

Dialyser (диализатор): _____ Dialysate flow(поток диализата): _____

Dialysate (диализат): K _____ Ca _____ Na _____

Low molecular weight heparin (гепарин с низким молекулярным весом):

Generic name (название): _____ dose (доза): _____

Or (или)

Sodium heparin (гепарин натрия):

Initial bolus (начальный болюс): _____ u; hourly(почасовой): _____ u or (или)

continuously (беспрерывно) _____ u/hour

Blood flow (кровоток): _____ ml/min

Average intake on dialysis (Среднее потребление на диализе) _____ ml

Height(рост): _____ mt Weight(вес): _____ kg

Dry weight(сухой вес) _____ kg Avg interdialytic gain (Средняя прибавка в весе) _____ kg

Blood Pressure (кровенное давление): pre(до) _____ / _____ post(после) _____ / _____

DIALYSIS PROBLEMS (проблемы связанные с диализом):

Hypotension (гипотония) _____ Muscle Cramps (мышечные судороги)
_____ Angina (стенокардия) _____

Nausea (тошнота) _____ Vomiting (рвота) _____

Other (другие):

Last results for dialysis adequacy (последние результаты для адекватного диализа):

Kt/V _____ or (или) URR _____ Date (дата) : _____ / _____ / _____

Current medication (текущее лечение): (please include brand names and generic names of drugs)
(пожалуйста, укажите торговые марки и оригинальное названия препаратов)

EPO: dose (доза) _____ frequency(частота) _____

Antihypertensives (Антигипертензивные препараты): _____

Phosphate binders (фосфат-связывающие препараты) : _____

Other medication (другие лекарства):

History and Physicals-Special Requirements (История и медицинские осмотры, специальные требования):

PERSONAL DETAILS OF THE DIALYSIS GUEST (личные данные пациента):

Passport Number (номер паспорта): _____

Home / postal address(домашний адрес): _____

_____ Tel(тел.): _____

E-mail (е-меил): _____

Profession(профессия): _____

Insurance (страховка): _____

Insurance Serial No(номер страховки): _____

Name of the Hotel(названия гостиницы): _____

Travel Agency(туристическое агенство): _____

Arrival Date(дата прибытия): _____ Departure Date(дата отбытия): _____

Arrival time(время прибытия): _____ Flight Number(номер рейса): _____

Contact person in case of emergency (Контактное лицо в случае чрезвычайной ситуации):

Relationship(связь): _____ Tel(тел.) _____

Telephone number while on holiday(Номер телефона во время отпуска): _____

Date (дата): _____ / _____ / _____

Signature and stamp (Подпись и печать):

(Nephrologist in charge)(ответственный врач-нефролог)
