

KARTA PRZEKAZANIA PACJENTA DO STACJI DIALIZ

Oddział macierzysty pacjenta				Tel.			
Lekarz przekazujący pacjenta na zabieg HD, lek. prowadzący/ dyżurny		(pieczętka, podpis)		Data			
				Godz. wyjazdu z oddziału			
Imię i nazwisko pacjenta:							
PESEL							
Pacjent wyraził ustną, świadomą zgodę na zabieg dializy, został poinformowany o przyczynie i celu wykonania HD							☐
Pacjent nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody z powodu*							
*W załączeniu wymagany protokół konieczności wykonania dializy, sporządzony w Oddziale.							
Uczulenia		Tak	☐	Nie	☐	Jakie:	
Przyczyna hospitalizacji							
Przyczyna niewydolności nerek		ostra		☐	Przyczyna ostrej:		
		schyłkowa		☐			
Stan pacjenta bezpośrednio przed przekazaniem na dializę							
Stan pacjenta		Dobry		☐	Średni		☐
Stan świadomości		Przytomny z kontaktem logicznym		☐	Przytomny z utrudnionym kontaktem		☐
					Akt RR:		
					Akt HR:		
Czy pacjent wymagał monitorowania parametrów życiowych w ciągu ostatniej doby				Tak	☐	Nie	☐
					Wartości stabilne		Tak ☐
Wydolność oddechowa prawidłowa		Tak	☐	Nie	☐	Arytmie	
					Tak		☐
Czy pacjent otrzymywał leczenie tlenem		Tak	☐	Nie	☐	Akt. Sat. O2	
					Wartości liczbowe		
Diureza własna		Tak	☐	Nie	☐	Wkłucia obwodowe	
					Tak		☐
		Lokalizacja					
Dostęp naczyniowy do HD							
Cewnik czasowy		☐	Lokalizacja		Przetoka / proteza a-v		Lokalizacja
Cewnik tunelizowany		☐	Lokalizacja				
Istotne, aktualne parametry laboratoryjne, data							
Mocznik		Kreatynina		Glc		Uwagi	
Hb		Plt		CRP		Uwagi	
K		Na		Ca		Uwagi	
pH		HCO3		CO2		Uwagi	
APTT		INR				Uwagi	

Choroby współistniejące, mające znaczenie dla zabiegu HD					
Zawał m. serca (PTCA/PCI)	Tak	☐	Nie	☐	Data:
Niewydolność serca (NYHA II/ III/ IV)	Tak	☐	Nie	☐	Data:
Cukrzyca t. 1/2	Tak	☐	Nie	☐	Data:
Inne istotne informacje z wywiadu, np. przebyte krwawienie z p.pok. niedawna operacja (...)					
Ostre zakażenie / sepsa	Tak	☐	Nie	☐	
Leki, które pacjent otrzymuje w Oddziale, mające znaczenie dla zabiegu HD					
Heparyna	Tak	☐	Nie	☐	jaka/ ostatnia dawka:
Warfaryna / Acenokumarol	Tak	☐	Nie	☐	ostatni INR:
NOACs (inh. Cz.Xa/ cz.IIa)	Tak	☐	Nie	☐	jakie:
ASA	Tak	☐	Nie	☐	dawka:
Klopidogrel / Tiklopidyna	Tak	☐	Nie	☐	dawka:
Insulina	Tak	☐	Nie	☐	ostatnia dawka i godzina:
Inne istotne	jakie:				
Istotne dane z badań obrazowych					
Płyn w j. opłucnej	☐				
Płyn w osierdziu	☐				
Płyn w j. otrzewnowej	☐				
Rtg - kontrola pozycji cewnika HD	☐				
Sprzęt i dokumentacja przekazane z pacjentem do stacji dializ					
Butla z tlenem	☐	Historia choroby	☐	Karta zleceń	☐
			☐	Pompy infuzycyjne	☐
Inne uwagi:					
Lekarz przyjmujący pacjenta na zabieg HD	(pieczętka, podpis)			Data	
				Godz. przyjęcia do stacji	