

Datum aanvraag:

Dienst Nefrologie

+32 89/ 80 82 30

Dr. J. Peeters
Medisch diensthoofdStafledenDr. L. Hendrickx
Dr. E. Macken
Dr. C. Metalidis
Dr. J. Peeters
Dr. A. Van Mieghem
Prof. Dr. L. Heylen
Prof. Dr. B. Sprangers**AANVRAAGFORMULIER VAKANTIEDIALYSE ZOL GENK****PERSOONLIJKE INFORMATIE****1. Persoonlijke gegevens patiënt**

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

(graag kopie identiteitskaart toevoegen in bijlage)

Naam partner:

Voornaam partner:

Thuisadres:

Straat: Huisnummer: Bus:

Postcode: Woonplaats:

Land:

Telefoon: GSM :

Spreektaal:

Huisarts:

Naam en voornaam:

Woonplaats:

Contactpersonen in geval van nood:

ICE 1:

Naam: Voornaam:

Telefoonnummer: GSM:

ICE 2:

Naam: Voornaam:

Telefoonnummer: GSM:

2. Mutualiteit- en/of verzekeringsgegevens

Titularis:

Naam:

Voornaam:

Verzekeringsnummer:

Mutualiteit of verzekeringsmaatschappij:

Naam:

Telefoon:

E-mail:

3. Dialysecentrum

Naam dialysecentrum of ziekenhuis:

Postcode: Stad/gemeente:

Land:

Telefoon:

E-mail:

Behandelende geneesheer/nefroloog:

Actueel dialyseschema: ☐ Maandag/woensdag/vrijdag ☐ voormiddag

☐ namiddag

☐ avond

☐ Dinsdag/donderdag/zaterdag ☐ voormiddag

☐ namiddag

☐ avond

4. Vakantie inlichtingen

Vakantie adres in België:

Straat en nummer:

Postcode: Plaats:

Telefoon: E-mail:

Startdatum vakantiedialyse: / /

Einddatum vakantiedialyse: / /

Gewenst dialyseschema tijdens de vakantie:

☐ Maandag/woensdag/vrijdag ☐ voormiddag

☐ namiddag

☐ avond

☐ Dinsdag/donderdag/zaterdag ☐ voormiddag

☐ namiddag

(avond niet mogelijk)

5. Vervoer: ☐ Met eigen vervoer

☐ Met taxi

MEDISCHE INFORMATIE EN DIALYSEGEGEVENS

1. Renale diagnose en relevante voorgeschiedenis / comorbiditeit:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Datum eerste dialyse:

3. Allergieën:

.....

.....

4. Recente problemen tijdens dialyse:

.....

.....

.....

.....

5. Serologie en microbiologie

Datum bepaling

- Hep B surface antigeen ☐ negatief ☐ positief
- Hep B surface antistoffen ☐ negatief ☐ positief
- Hep B core antistoffen ☐ negatief ☐ positief
- Hep C antistoffen ☐ negatief ☐ positief
- HIV antistoffen ☐ negatief ☐ positief
- MRSA screening ☐ negatief ☐ positief

6. Bloedgroep: Rh-factor:

Irreg. antistoffen:

7. Therapievorm: ☐ Hemodialyse ☐ Hemodiafiltratie

8. Dialysefrequentie + duur: X u.

9. Membraan type:

10. Dialysaatsamenstelling:

Natrium:		mmol/l
Kalium:		mmol/l
Bicarbonaat:		mmol/l
Glucose:		mg/dl
Calcium:		mmol/l

11. Dialyseparameters:

- Streefgewicht:
- Gewichtstoename tussen 2 dialyses :
- Maximum UF rate: l of l/u
- Gem. bloeddruk:
 - ° bij start dialyse: mmHg
 - ° bij einde dialyse: mmHg
- UF profiling:
- Na profiling:
- Snelheid arteriële pomp: ml/ min
- Snelheid veneuze pomp: ml/ min

12. Toegangsweg:

- AV-fistel: type:
plaats:
 - ☐ metaalnaald ☐ katheternaald
 - ☐ unipunctuur ☐ bipunctuur
- Dialysekatheter: type:
plaats:
 - ☐ enkel lumen ☐ dubbel lumen
- Heparineslot: art. ven.

13. Medicatie tijdens dialyse:

- Anticoagulatie (wij gebruiken IV Enoxaparin = Clexane)

° type:

° dosis & frequentie:

- EPO (wij gebruiken IV Aranesp = 40 µg)

° type:

° dosis & frequentie:

- Ijzerpreparaat (wij gebruiken IV Injectafer 100 mg)

° type:

° dosis & frequentie:

- Andere:

° type:

° dosis & frequentie:

14. Thuismedicatie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Transplantatiekandidaat:

O ja

O neen

Transplantatiecentrum:

16. Labo resultaten:

laatste uitslagen in bijlage toevoegen aub

17. EKG:

laatste kopie in bijlage toevoegen aub

18. Recente MRSA-screening:

resultaat toevoegen in bijlage aub

19. Vaccinatieschema:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. Graag kopie identiteitskaart toevoegen in bijlage aub