

فرم معرفی بیماران جهت دیالیز صفاقی

نام و نام خانوادگی :	تاریخ تولد :	تحصیلات :	تاریخ تکمیل فرم :
نوع بیمه :	شماره بیمه :	قد :	وزن :

علت و مدت نارسایی کلیه

HBSAg :	☐ مثبت	☐ منفی	☐ نامشخص
HCVAg :	☐ مثبت	☐ منفی	☐ نامشخص
وجود مکان مناسب در منزل :	☐ دارد	☐ ندارد	
سابقه جراحی شکم :	☐ دارد	☐ ندارد	نوع جراحی :
سابقه پیوند :	☐ دارد	☐ ندارد	تعداد دفعات پیوند :
سابقه همودیالیز :	☐ دارد	☐ ندارد	مدت :
AVF :	☐ دارد	☐ ندارد	دفعات فیستول :
وضعیت بینایی :	☐ خوب	☐ ضعیف	☐ عدم بینایی

سابقه بیماری زمینه ای

دیابت :	☐ IDDM	☐ NIDDM	مدت ابتلاء :
فشار خون :	☐ دارد	☐ ندارد	مدت ابتلاء :
مشکلات قلبی و عروقی :	☐ دارد	☐ ندارد	
مشکلات ریوی :	☐ دارد	☐ ندارد	
تاریخ نصب کاتتر صفاقی :			نام پزشک جراح :
تاریخ شروع دیالیز صفاقی :			نام پزشک نفرولوژیست :
بیمارستان :			

آدرس دقیق محل سکونت :

کد پستی :

تلفن :

امضاء و مهر پزشک