

**Wij verzoeken u om:**

- dit formulier minimaal 6 weken voor aanvang van de vakantie van de patiënt op te sturen (per post, mail of fax).
- de laatste dialysegegevens met de patiënt mee te geven.

**Gegevens in te vullen door de behandelend arts en de dialyseverpleegkundige**
**Voor actieve dialyse is wenselijk:**

- Geen complicaties gedurende de drie voorgaande maanden
- Goed functionerende toegang tot de bloedbaan
- Geen indicatie voor isolatie (hepatitis B, MRSA)
- Stabiele dialyse
- ADL zelfstandig

**Graag een keuze maken bij welke locatie u de dialyse wilt laten uitvoeren**
 **Zwolle**

Antwoordnr. 515  
8000 WB Zwolle  
t (038) 424 46 32  
f (038) 424 30 01  
e-mail: vakantie.dialyse@isala.nl

 **Meppel**

Postbus 502  
7940 AM Meppel  
t (052) 223 42 20  
f (052) 223 42 30  
e-mail: vakantie.dialyse@isala.nl

Type Shunt / Katheter:		
Plaats:		
Desinfectans:		
Soort naalden Svp juiste diameter aangeven	<input type="checkbox"/> Staal: Nipro safetouch Tulip: <input type="checkbox"/> 14G 25mm <input type="checkbox"/> 15G 25mm <input type="checkbox"/> Flexibel: Nipro safetouch <input type="checkbox"/> 14G 25mm <input type="checkbox"/> 14G 32mm <input type="checkbox"/> 15G 25mm <input type="checkbox"/> 16G 25mm <input type="checkbox"/> Stomp Fistula <input type="checkbox"/> 14G 25mm <input type="checkbox"/> 15G 25mm	
Dialyse duur en frequentie:		
Dialyse methode:	<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> HDF _____	<input type="checkbox"/> 1 naald <input type="checkbox"/> 2 naalden
Streefgewicht:	kg	
Soort antistolling is Fraxiparine Priming dosis:	<input type="checkbox"/> 0.3 ml: 2850 IE <input type="checkbox"/> 0.4 ml: 3800 IE <input type="checkbox"/> 0.6 ml: 5700 IE	
Second shot:		
Maximale bloedflow:		
Maximale UF volume:		
Bicarbonaat:		
Natrium:		
UF profiling	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja start	stop
Temperatuur dialysaat:		
Bloeddruk	voor dialyse:	na dialyse:
Interdialytische gewichtstoename:		

- **LET OP! Gasten uit het buitenland:** u dient een kopie van de schriftelijke toestemming van uw zorgverzekeraar mee te sturen ter bevestiging van de vergoeding van de totale dialysekosten in ons centrum en een kopie van uw identiteitsbewijs en verzekeringskaart.

Sinds wanneer dialyseert de patiënt? Zijn er nog bijzonderheden?

Dieet:

Allergiën:

Zijn er het laatste half jaar gezondheidsproblemen geweest? (indien "ja" dan graag toelichten)

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| • Instabiele angina pectoris? | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Hartinfarct?                | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Decompensatio cordis?       | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Hyperkaliëmie?              | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Ernstige infecties?         | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Shuntproblemen?             | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Operaties?                  | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Andere complicaties?        | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, _____ |

**Reanimatiebeleid:**  Wel  Niet reanimeren

**Graag ontvangen we bij de overdracht de volgende kopieën:**

- huidige medicijnlijst of medicijnpaspoort
- laboratoriumwaarden (en bloedgroep en rhesus) van de laatste maand
- recent ECG (niet ouder dan 6 maanden)
- duplex shunt
- recente uitslagen (niet ouder dan 3 maanden) van:
  - Hbsag test
  - Hep C test
  - HIV test
  - Medische overdracht/voorgeschiedenis

Hoe is de zelfstandigheid, mobiliteit en visus van de patiënt?

Zijn er nog andere aandachtspunten van belang?

**Keuzemogelijkheid type kunstnieren**

Type kunstnier	Polyflux 14L	Polyflux 17L	Polyflux 21L	Polyflux 210H (HDF)
Firma	Gambro	Gambro	Gambro	Gambro
Membraam	Polyamide	Polyamide	Polyamide	Polyamide
Sterilisatie	Stoom	Stoom	Stoom	Stoom
Oppervlakte	1.4 m <sup>2</sup>	1.7 m <sup>2</sup>	2.1 m <sup>2</sup>	2.1 m <sup>2</sup>

**Samenstelling hemodialysevloeistof:**

- X 125G = K1.0 Ca 1.25
- X 225G = K2.0 Ca 1.25
- X 325G = K3.0 Ca 1.25
- X 150G = K1.0 Ca 1.50
- X 250G = K2.0 Ca 1.50
- X 275G = K2.0 Ca 1.75
- X 350G = K3.0 Ca 1.50

naam nefroloog van patiënt:

handtekening nefroloog:

datum:

nefroloog Isala:

akkoord + paraaf