

HASTA FORMU

HASTA ADI:	
SOYADI:	
TC NO:	YAŞADIĞI İL:
DOĞUM YILI:	MESLEK:
CİNSİYET:	
BOY: KİLO:	
DİYALİZE İLK GİRDİĞİ YIL:	
DİYALİZ İÇİN ALTTA YATAN HASTALIK HT <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Polikistik böbrek <input type="checkbox"/> Doğuştan tek böbrek <input type="checkbox"/> Ailesel böbrek hastalıkları <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	MRSA kolonizasyonu: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> İnfluenza aşısı olmuş mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Pnömonokok aşısı olmuş mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
KOMORBİD HASTALIK VE BAĞIMLILIK (Mevcut olanları işaretleyiniz) HT <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Geçirilmiş SVO <input type="checkbox"/> Uyuşturucu madde <input type="checkbox"/> Koroner arter hastalığı <input type="checkbox"/> Astım/KOAH <input type="checkbox"/> Malignite <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	Hepatit serolojisi (Pozitif olanları tıklayınız) HBsAg <input type="checkbox"/> AntiHBs <input type="checkbox"/> AntiHBcIgG <input type="checkbox"/> AntiHBcIgM <input type="checkbox"/> AntiHCV <input type="checkbox"/>
DİYALİZE NERDEN GİRİYOR FİSTÜL <input type="checkbox"/> Açılma tarihi: Açıldığı merkez: KATETER <input type="checkbox"/> Takılma tarihi: Takıldığı merkez: Kateter tipi : Kalıcı <input type="checkbox"/> Geçici <input type="checkbox"/> Yeri: Subklavian <input type="checkbox"/> Juguler <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/>	Hasta kateter/fistül bakımı için eğitim almış mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

TAKİPTE KATETER DEĞİŞİMİ			
Tarih	Değişim nedeni	Yeni takılan kateter tipi	Yeni takılan kateterin yeri

Değişim nedeni: 1- çalışmaması 2-enfekte olması 3-kendiliğinden çıkması

Kateter tipi: 1- geçici 2- kalıcı

Kateter yeri: 1- subklavian 2- juguler 3- femoral