財團法人日盛健康基金會



腎友出國轉診摘要

JIH SUN HEALTH FOUNDATION

#### HEMODIALYSIS TRANSFER SUMMARY

**NAME： SEX： AGE：**

**CURRENT ADDRESSES： PHONE：**

**HOSPITAL FROM： TO**

##### CLINICAL DIAGNOSIS

**PATIENT’S SUMMARY**

**MACHINES SUMMARY：**

**（bicarbonate dialysis）**

**Dialysis system：**

**Dialyzer：**

**Dialysate Na：**

**Dialysate Ca：**

**Blood Flow Rate：**

**Dry weight：**

**Blood pressure：**

**Blood pulse：**

**Blood access：**

**Blood type：**

**Allergies：**

**HBSAG： M.R.S.A：**

**HIV： HCV：**

**TYPE OF HEPARINIZATION：**

**Load dose：**

**Continuous dose： Prottamin：**

**TIME OF DIALYSIS：**

**First dialysis： Last dialysis：**

**Therapy required： Once Twice Thrice/week Hrs pertime.**

**CURRENT MEDICATION：**

**Recent Serum Chemistries：**

**BUN： Na： Ca： TG： SGOT：**

**Creatinine： K： P： Cholesterol： SGPT：**

**Uric Acid： CI： Glucose： Alk-p： Bilirubin：**

**Hematocrit： WBC：**

**Prepared By：**