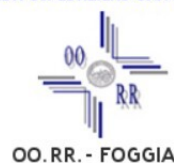


DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI DI RENE (DITRE) REGIONE PUGLIA



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA



AGGIORNAMENTO CLINICO-LABORATORISTICO

Da inviare semestralmente nei mesi di **Maggio - Novembre**.

Per la sede di Bari: per e-mail a listarene.segreteria@policlinico.ba.it o spedizione postale all'indirizzo **Ambulatorio Lista d'attesa Trapianto Rene – UOC Nefrologia 3° piano, AOUC Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare, n.11 – 70124 BARI**.

Per la sede di Foggia: per e-mail a trapianti.rene@unifg.it o tramite PEC a listatrapiantorenefoggia@cert.unifg.it o spedizione postale presso **Segreteria Nefrologia, Dialisi e Trapianto – AOUC "Policlinico Riuniti" di Foggia, Viale L. Pinto n.251 - 71122 FOGGIA**.

Centro Dialisi di _____

Tel: _____ E-mail: _____

COGNOME e NOME del Paziente: _____

DATI ANTROPOMETRICI: PESO (kg) _____ ; ALTEZZA (m) _____ ; BMI (kg/m²) _____

DATI EMATOCHIMICI RECENTI

Esame	Valori	Data
Glicemia		
GOT		
GPT		
Fosfatasi alcalina		
Bilirubina totale		
Colesterolo		
Trigliceridi		
Proteine totali		
Albumina		
Gamma Globuline		
Calcemia		
Fosforemia		
Hb		
Ematocrito		
Piastrine		
HBsAg		
HBsAb		
HBcAb		
HBV – DNA (quant.)		
Anti HCV		
HCV – RNA (quant.)		
Anti HIV		
Anti CMV – IgG / IgM		
Anti VZV – IgG / IgM		
PSA Totale		

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

Variazioni cliniche di rilievo

data____/____/____

(specificare)

Malattie dell'apparato	Cardiovascolare	SI	NO	_____
	Respiratorio	SI	NO	_____
	Osteoarticolare	SI	NO	_____
	Digerente	SI	NO	_____
	Vascolare periferico	SI	NO	_____
	SNC e periferico	SI	NO	_____
	Genito-urinario	SI	NO	_____
	Allergie	SI	NO	_____
	Altro	SI	NO	_____

NOTE

Data____/____/____

Firma del MEDICO compilatore