



## HOLIDAY DIALYSIS REQUEST/ RICHIESTA DI DIALISI VACANZA / ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕНИЕ ДИАЛИЗА ВО ВРЕМЯ ОТПУСКА

(to be completed by doctor or dialysis unit staff / (da far compilare al medico o allo staff dell'unità di dialisi) / (заполняется врачом или персоналом отделения диализа)

Please fill in CAPITAL LETTERS/ LETTERE MAIUSCOLE/ ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ

### PERSONAL DETAILS/ DETTAGLI PERSONALI/ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:

Title/ Titolo / Обращение: \_\_\_\_\_

Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_ / Sig./Sig.na/Sig.ra \_\_\_\_\_ / Г-н/г-жа \_\_\_\_\_

Name/ Nome / Имя: \_\_\_\_\_

Surname/ Cognome / Фамилия: \_\_\_\_\_

Date of birth/ Data di nascita / Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Language/ Lingua / Язык: \_\_\_\_\_

Home or postal address/ Indirizzo di domicilio o residenza / Домашний или почтовый адрес:

\_\_\_\_\_

Tel.:/ Tel.:/ Тел.: \_\_\_\_\_

Contactable relative/ Parente da contattare / Контактное лицо из числа родственников:

Relationship/ Rapporto / Кем является для пациента: \_\_\_\_\_

Tel.:/ Tel.:/ Тел.: \_\_\_\_\_

Arrival date on vacation/ Data di arrivo in vacanza/ Дата прибытия в место проведения отпуска: \_\_\_\_\_

Departure date/ Data di partenza / Дата отбытия: \_\_\_\_\_

Preferred treatment dates & time/ Date ed orari del trattamento preferito/ Предпочтительные даты и время терапии: \_\_\_\_\_

Any attending person with the patient?/ Qualcuno assisterà il paziente?/ Будет ли пациента кто-либо сопровождать? \_\_\_\_\_

His/her language?/ Che lingua parla?/ Родной язык сопровождающего лица \_\_\_\_\_



Address while on vacation/ Indirizzo durante la vacanza/ Адрес размещения во время отпуска:

---

*\*Please attach the Itinerary, if the patient stays at more than one place/ \*Si prega di allegare l'itinerario, se il paziente alloggerà in più di un luogo/ \*Приложите маршрут, если пациент будет проживать более чем в одном месте*

Reservation name or number (if hotel)/ Nome o numero della prenotazione (nel caso di hotel)/  
Имя, на которое оформлена бронь, или номер брони (если пациент будет проживать в отеле): \_\_\_\_\_

Telephone number while on holiday/ Numero di telefono durante la vacanza/ Номер телефона на время отпуска: \_\_\_\_\_

*\*Please fill in detail, because this is especially important in case of any needs to contact the patient while on holiday/ \*Si prega di compilare dettagliatamente, poiché tali informazioni sono particolarmente importanti qualora fosse necessario contattare il paziente durante la vacanza/ \*Укажите подробные ответы, поскольку эта информация понадобится при необходимости связаться с пациентом во время отпуска*



Name and address of your dialysis unit at home/ Nome ed indirizzo dell'unità di dialisi d'origine/  
Наименование и адрес учреждения, проводящего диализ по месту проживания:

\_\_\_\_\_

Nephrologist/ Nefrologo/ Нефролог: Dr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.:/ Tel.:/ Тел.: \_\_\_\_\_ Fax.:/ Fax.:/ Факс: \_\_\_\_\_

Cause of renal failure/ Causa dell'insufficienza renale/ Причина почечной недостаточности:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other medical problems/ Altre patologie mediche/ Прочие медицинские нарушения:

On dialysis treatment since/ In trattamento di dialisi dal/ Начало диализной терапии:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BLOOD TEST-SEROLOGY/ SIEROLOGIA/ АНАЛИЗ КРОВИ – СЕРОЛОГИЯ:**

Hepatitis B (HBSAg): Neg./Pos./ Epatite B (HBSAg): Neg./Pos. / Гепатит В (HBSAg):  
отриц./полож. \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hepatitis B (HBSAb): Neg./Pos./ Epatite B (HBSAg): Neg./Pos. / Гепатит В (HBSAb):  
отриц./полож. \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hepatitis B (HBcAb): Neg./Pos./ Epatite B (HBcAb): Neg./Pos. / Гепатит В (HBcAb):  
отриц./полож. \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hepatitis C(HCV) o:Neg./Pos./ Epatite C (HCV) o: Neg./Pos. / Гепатит С (HCV):  
отриц./полож. \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hepatitis C RNA-PCR HVC: Neg./Pos./ Epatite C RNA-PCR HVC: Neg./Pos. / Гепатит С РНК-  
ПЦР HCV: отриц./полож. \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

HIV: Neg./Pos./ HIV: Neg./Pos./ ВИЧ: отриц./полож. \_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



MRSA Swabs :/ Tamponе MRSA: / Мазки на МРЗС :

Nose: Neg./Pos./ Nasale: Neg./Pos. / Нос: отриц./полож. \_\_\_\_ on/ del / дата \_\_ /\_\_ / \_\_-

Groin : Neg./Pos./ Inguinale: Neg./Pos./ Паховая область: отриц./полож. \_\_\_\_\_  
on/ del / дата \_\_ /\_\_ / \_\_-

Throat: Neg./Pos. / Faringeo: Neg./Pos./ Горло: отриц./полож. \_\_\_\_\_  
on/ del / дата \_\_ /\_\_ / \_\_-

Any wounds: Neg./Pos./ Eventuali ferite: Neg./Pos. / Раны: отриц./полож. \_\_\_\_\_  
on/ del / дата \_\_ /\_\_ / \_\_-

Hb: g/dl/ Emoglobina: g/dl / Гемоглобин: г/дл \_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Urea: mgs/dl/ Urea: mgs/dl / Мочевина: мг/дл \_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

K: mEq/L: / K: mEq/l: / Калий: мЭкв/л: \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Calcemia: mgs/dL:/ Calcemia: mg/dl: / Кальций: мг/дл: \_\_\_\_\_  
on/ del / дата \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fosfatemia: mgs/dL:/ Fosfatemia: mg/dl: / Фосфаты: мг/дл: \_\_\_\_\_  
on/ del / дата \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

ALT: UI / ALT: UI / АЛТ: МЕ \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

AST: UI / AST: UI / АСТ: МЕ \_\_\_\_\_ on/ del / дата \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Please include copies of lab latest Hepatitis B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, HIV and MRSA blood test results./ Si prega di allegare copie degli ultimi risultati di laboratorio dell'epatite B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, HIV e analisi del sangue per il MRSA. / Приложите копии результатов лабораторного анализа крови на гепатит В (HbsAg, AntiHBS и AntiHBC), гепатит С, ВИЧ и МРЗС.**

Known allergies/ Allergie note / Известные аллергии:



**DIALYSIS DETAILS/ DETTAGLI DELLA DIALISI / ИНФОРМАЦИЯ О ДИАЛИЗЕ**

Type/ Tipo / Тип: HD: \_\_\_\_\_ HDF-ONLINE: / HDF ONLINE: / ГДФ-онлайн: \_\_\_\_\_

Dialysis duration/ Durata della dialisi / Продолжительность диализа: \_\_\_\_\_ hours/ ore / ч

Frequency/ Frequenza / Частота: \_\_\_\_\_ / week / settimana / в неделю

Access type/ Tipo di accesso / Тип доступа:

1) AV fistula /Graft/ Fistola AV /Protesi vascolare / Артериовенозная фистула/графт

Left/ A sinistra / Слева \_\_\_\_\_ Right/ A destra / Справа \_\_\_\_\_

Needle size/ Dimensione dell'ago / Размер иглы: \_\_\_\_\_ gauge/ diametro / калибр

2) Permanent catheter/ Catetere permanente / Постоянный катетер: \_\_\_\_\_

Heparin lock volume/ Volume dell'accesso venoso eparinizzato / Объем гепаринового замка :

A \_\_\_\_\_ ml/ml/мл B \_\_\_\_\_ ml/ml/мл

Dialyser/ Dializzatore/ Диализатор: \_\_\_\_\_

Dialysate flow/ Flusso di dialisato / Скорость потока диализата: \_\_\_\_\_

Dialysate/ Dialisato / Диализат:К \_\_\_\_\_ Са \_\_\_\_\_ На \_\_\_\_\_

Low molecular weight heparin/ Eparina a basso peso molecolare / Низкомолекулярный гепарин:

Generic name/ Nome generico / Международное непатентованное наименование:

dose/ dose / Доза: \_\_\_\_\_

**Or/ Orpire / Или**

Sodium heparin/ Eparina di sodio / Гепарин натрия:

Initial bolus/ Bolo iniziale / Первоначальный болюс: \_\_\_\_\_ у / у / ед.;

Hourly/ All'ora / Ежечасно: \_\_\_\_\_ у / у / ед.

Continuously/ Continuamente / Непрерывно \_\_\_\_\_ у / у / ед. /hour/ ora / ч

Blood flow/ Flusso ematico / Скорость тока крови: \_\_\_\_\_ ml/min / ml/min / мл/мин

Average intake on dialysis/ Assunzione media in dialisi / Средний расход при диализе:  
\_\_\_\_\_ ml/ml/ мл

Height/ Altezza / Рост: \_\_\_\_\_ mt/mt /м Weight/ Peso / Вес: \_\_\_\_\_ kg/kg/кг

Dry weight/ Peso secco / Сухой вес: \_\_\_\_\_ kg/kg/кг

Avg interdialytic gain/ Aumento di peso interdialitico / Средняя междудиализная прибавка  
веса: \_\_\_\_\_ kg/kg/кг



Blood Pressure/ Pressione arteriosa: / Артериальное давление: pre/ pre / до \_\_\_\_/\_\_\_\_  
post/ post / после \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DIALYSIS PROBLEMS/ PROBLEMI DURANTE LA DIALISI / ПРОБЛЕМЫ,  
ВОЗНИКАВШИЕ ПРИ ДИАЛИЗЕ:**

Hypotension/ Ipotensione / Гипотония \_\_\_\_\_ Cramps/ Crampi / Судороги  
\_\_\_\_\_ Other/ Altro / Иное \_\_\_\_\_

Last results for dialysis adequacy/ Ultimi risultati dell'adeguatezza della dialisi / Последний  
результат анализа диализа на эффективность:

Kt/V \_\_\_\_\_ or/ o / или URR/ URR/ коэффициент снижения мочевины \_\_\_\_\_  
Date/ Data / Дата: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Current medication/ Medicinali assunti attualmente / Лекарственные препараты,  
которые пациент получает в настоящее время: (please include brand names and  
generic names of drugs/ (si prega di indicare i nomi dei marchi e generici dei  
farmaci)/ (укажите торговые и международные непатентованные  
наименования лекарственных препаратов)**

EPO:/EPO:/Эритропоэтин: dose/ dose / доза \_\_\_\_\_ frequency/ frequenza /  
режим приема \_\_\_\_\_

Antihypertensives/ Antipertensivi / Антигипертензивные средства: \_\_\_\_\_

Phosphate binders/ Farmaci leganti del fosfato / Фосфат-связывающие препараты: \_\_\_\_\_

Other/ Altro / Иное:

History and Physicals-Special Requirements/ Anamnesi e requisiti fisici speciali/ Анамнез  
и результаты осмотра — особые требования:



**EHIC card/ Tessera EHIC / Наличие Европейской карты медицинского страхования (EHIC):**

- No/ No/ Нет
- Yes/ Sì/ Да

EHIC N°:/ N° della tessera EHIC: / N° карты EHIC: \_\_\_\_\_

**Other relevant information e.g medical insurance details/ Altre informazioni rilevanti, ad esempio dettagli dell'assicurazione sanitaria / Прочая важная информация, например о медицинской страховке:**

---

---

---

Transplant List/ Lista di trapianto / В листе ожидания трансплантации:

since/ dal / C: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**N.B. This form has to be filled in in every part, if not, receiving holiday nephrologist could deny the booking, being important information on the dialysis performed by travelling patient missing/ N. B. Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti, in caso contrario il nefrologo curante durante la vacanza potrebbe negare la prenotazione, poiché sono assenti informazioni importanti sulla dialisi svolta dal paziente in viaggio/ Примечание: каждая часть настоящей формы должна быть заполнена, в противном случае принимающий пациента врач-нефролог может отказать в бронировании диализа на время отпуска в связи с отсутствием важной информации о диализе для данного пациента.**

**Doctor/ Sr. in charge/  
Medico / Persona responsabile/  
Ответственный врач/старший сотрудник**  
Place, Date/ Luogo, Data / Место, дата

\_\_\_\_\_  
Signature/ Firma / Подпись