

FORMULARIO DE SOLICITUD DE Ingreso a DIÁLISIS PERITONEAL TRANSITORIO

FECHA: ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ EDAD: _____ años SEXO: Femenino Masculino

Trámite: a coordinar:
 ya realizado: Fecha de ingreso: ____/____/____

Centro de Diálisis Peritoneal al que ingresa el paciente: _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional: _____ Nombre _____

Firma _____ POR EL IMAE: _____

TRAMITE:

- INGRESO TRANSITORIO A DIÁLISIS PERITONEAL (Ingreso a plan de diálisis crónica)**
- CAMBIO TRANSITORIO DE TÉCNICA DE HEMODIÁLISIS A DIÁLISIS PERITONEAL**

Centro o Servicio de hemodiálisis: _____ Código _____

Motivo del cambio de técnica: Elección del paciente
 Agotamiento de accesos vasculares
 Infección
 Insuficiencia del peritoneo
 Otra _____

IMPLANTE DE CATÉTER? NO SI Marca y modelo: _____

Observaciones _____

Paciente diabético: Si No