

シャント造設 情報提供書



【貴施設名】_____

【患者氏名】_____【よみがな】_____

【生年月日】西暦・昭和・平成 __年__月__日【性別】 男・女・その他(_____)

【患者もしくは付添の方の連絡先電話番号】_____

【来院手段】 自動車(本人運転)・自動車(本人以外)・タクシー・地下鉄・その他(_____)

【住所】〒 _____

【依頼内容】

【原疾患】○をつけて下さい 糖尿病性腎症・腎硬化症・慢性糸球体腎炎・不明・多発性嚢胞腎 急速進行性糸球体腎炎・自己免疫性疾患に伴う腎炎・急性腎障害・その他

【導入時期】(おおむねで結構ですので教えてください)_____

【AVG】AVFは不可、AVGなら可の場合、導入直前にポリウレタンAVGをお勧めします。このような相談の電話をかけてもよろしいですか はい ・ いいえ (AVGなら 当日造設・延期して導入直前に造設)

【使用不可薬品】 無・有 _____ (下記の当院使用薬剤は○をつけてください)

ヘパリン アルガトロバン 造影剤 セファゾリン アセトアミノフェン セレコキシブ NSAIDS セファレキシシン エタノール オラネキシジン(オラネジン) クロルヘキシジン

【その他過敏症の既往】

【ペースメーカー】 無・有 (右・左)

【心臓・血管手術の有無と詳細】例:CABGで左内胸動脈使用 など

無・有 内容(手術記録があれば送ってください)_____

【注意すべき合併症等】

以前のシャント関連手術既往がある人は手術記録をFAX・郵送または当日持参してください。