



COMMANDES RELATIVES AU TRAITEMENT DE DIALYSE

NOM DU PATIENT : _____

1. Allergies : _____
2. Dialyseur (Il n'y a pas d'autre option) Tous ces dialyseurs sont à usage unique :
 ___F 160 à faisceau ___OF 250 à faisceau ___Nephral ___Revaclear
3. Durée de la dialyse : _____
4. Fréquence de la dialyse : _____ par semaine Jours : _____
5. Flux sanguin : _____ mL/min Poids sec : _____
6. Dialysat : ___K-1 mmol ___K-2 mmol ___K-3 mmol ___Ca 1.25 ___Ca 1.50
7. Profil de sodium : _____ Profil d'ultrafiltration : _____
8. Accès vasculaire : _____
9. Type d'aiguille à fistule : _____
10. Instillation d'héparine : _____
11. Médicaments pendant la dialyse : _____

Signature du néphrologue : _____

Nom en lettres moulées : _____

Signature de l'infirmière autorisée : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date : _____