**FORMULÁRIO DE DADOS DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TERAPIA RENAL**

**SUBSTITUTIVA – TRS**

**DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE**

**Hospital/Clínica**: NOME DO HOSP **Telefone:**

**Cidade**: **UF:**

**Tipo de Solicitação**: **Período (apenas se trânsito):**

**E-mail**: **Data da Solicitação**:

**DADOS DO PACIENTE**

**Nome do paciente**:

**Nome da mãe:**

**Data do nascimento**: **Sexo:** **Tel paciente**:

**CPF**: **CNS**:

**End Atual**: **Nº**:  **CEP:**

**Bairro**: **Cidade:** **Estado:**

**End Destino**: **Nº:** **CEP:**

**Bairro:** **Cidade:** **Estado:**

**Responsável**: **Tel Contato**:

**RESUMO CLÍNICO**

**Diagnóstico de Base:** **CID 10**:

**Data do início**: **Acesso: Transplante anterior: ( ) Sim ( ) não**

**Modalidade solicitada:** ( ) HEMODIÁLISE ( ) DIÁLISE PERITONEAL

Obs: Verificar se há possibilidade de Diálise peritoneal antes de encaminhar para Hemodiálise

**Se internado, está em condições de alta**:

**Patologias associadas**:

**Medicações em uso:**

**Uréia**: **Creatinina:**  **Potássio**: **Glicemia**: **Clearance**:

**Sorologias: HBV**: **( HBsAg**: **Anti HBS**: **Anti HBc**: **) HIV**: **HCV:**

**Médico responsável**:

**Observações:**