معاونت درمان
اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

فرم مراقبت از ACCESS بیمار در همودیالیز

شماره پرونده: ..... **نام و نام خانوادگی بیمار:** ..... **تاریخ پذیرش:** ..... / ..... / .....

نوع ACCESS	اندام دارای ACCESS	تاریخ تعبیه	تاریخ استفاده	مرکز جراحی	پزشک جراح	تاریخ عدم کارایی	علت عارضه	درمان مورد نظر