معاونت درمان
اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

مرکز درمانی .....

فرم ارزیابی کفایت دیالیز

Kt/V SHEET

Attending Physician : پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Shift: نوبت کاری: Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Insurance No: شماره بیمه:	Insurance Type: نوع بیمه:	Year: سال ارزیابی:	Sex: جنس: ☐ F ☐ M

Unit No: شماره پرونده:

ماه های سال	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
BUN قبل ازدیالیز												
BUN بعد از دیالیز												
وزن خشک												
وزن قبل از دیالیز												
وزن بعد از دیالیز												
میزان UF												
میزان جریان خون												
جریان محلول												
نوع Access												
KUF صافی												
مدت دیالیز												
تعداد دیالیز هفتگی												
URR												
Kt/V												
نام و امضای پرستار												

دستورالعمل نحوه نمونه گیری برای اندازه گیری اوره:

۱- **نمونه قبل از دیالیز:** قبل از شروع دیالیز از سوزن شریانی نمونه گرفته شود.

۲- **نمونه بعد از دیالیز:** دور پمپ خون به حدود ۵۰-۱۰۰ ml/min برای ۱۰ تا ۲۰ ثانیه کاهش داده شده و سپس پمپ خون متوقف و نمونه خون از لاین شریانی برداشته می شود.