

Prestador:

Instituto do Rim ()

Unirim ()

CDR ()

Data: _____

Nome do Paciente:_____

segunda-feira ()

terça-feira ()

quarta ()

quinta-feira ()

sexta-feira ()

sábado ()

Numero de Sessões Mês: _____

Relatório atualizado do quadro geral do paciente para autorização das sessões de Hemodiálise:

Intercorrências no mês anterior, se houveram:

- Troca de Cateter ()
- Faltas ()

Motivo ()_____
- Internamento ()
- Confecção de fístula arterio venosa ()
- Perda da Fístula ()
- Outros :

Nome e Carimbo do Médico Responsável