

**DOMANDA DI INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER DIALISI CRONICA PRESSO LA UOSD DI NEFROLOGIA E
DIALISI ASL ROMA 5 OSPEDALE CONIUGI BERNARDINI**

Il /la sottoscritto/a _____ affetto/a da insufficienza renale chiede di poter essere inserita in lista per eseguire trattamento dialitico presso il vostro Centro (P.O Coniugi Berardini/ ASL ROMA 5)

Richiesta temporanea/ definitiva _____
(se temporanea indicare periodo)

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

ASL residenza _____

Residenza _____

Domicilio _____

Telefono _____

e-mail _____

Centro di provenienza _____

Si allega certificazione del nefrologo con i seguenti dati:

data inizio trattamento

principali patologie in atto e intolleranze farmacologiche

livello di autonomia (autosufficiente/ non autosufficiente)

Markers epatite B C HIV, recenti

Scheda dialitica

La richiesta andrà inoltrata via mail all'indirizzo nefrologia.palestrina@gmail.com oppure per FAX al numero 06/ 59322237 o consegnata a mano. In caso di disponibilità di posto letto, il paziente potrà essere accettato previa valutazione clinica del Responsabile dell'UOSD di Nefrologia e Dialisi

Data

Firma