

**ASL Roma 5**  
**Unità Operativa Complessa**  
**di Nefrologia e Dialisi**  
**Direttore ff Dott. Roberto Addesse**  
**Centro di Riferimento Regionale**  
**per la Nefrologia e Dialisi**

**Presidio Ospedaliero di Tivoli**  
 Via Parrozzani, 3 00019 Tivoli (RM)  
 Tel. 07743164401/8  
 E-mail. nefrogiadialisi.tivoli@aslroma5.it

**Unità di Dialisi Decentrata P.O. Subiaco**  
 Via C. Colle Cisterna 00028 Subiaco (RM)  
 Tel. 07748115203/07748115276  
 E-mail. nefrogiadialisi.tivoli@aslroma5.it

**DOMANDA DI INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA PER DIALISI CRONICA PRESSO LA UOC DI NEFROLOGIA E DIALISI ASL ROMA 5 OSPEDALE SAN GIOVANNI EVANGELISTA DI TIVOLI**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ affetto/a da insufficienza renale cronica chiede di poter essere inserito/a in lista per eseguire trattamento dialitico presso il vostro Centro Dialisi dell'Ospedale di Tivoli

Richiesta temporanea/ definitiva \_\_\_\_\_ ( se temporanea indicare periodo)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

ASL residenza \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

Centro di provenienza \_\_\_\_\_

Relazione clinica del nefrologo curante contenente i seguenti dati (per i pazienti già in dialisi):

- data inizio trattamento
- principali patologie in atto e intolleranze farmacologiche
- livello di autonomia ( autosufficiente/ non autosufficiente)
- Markers epatite B, C , HIV.
- Scheda dialitica

La richiesta andrà inoltrata via mail all'indirizzo nefrogiadialisi.tivoli@aslroma5.it .

Data

Firma

**Presidio Ospedaliero di Tivoli**

Via Parrozzani, 3 00019 Tivoli (RM)

Tel. 07743164401/8

E-mail. nefrologiadialisitivoli@aslroma5.it

**Unità di Dialisi Decentrata P.O. Subiaco**

Via C. Colle Cisterna 00028 Subiaco (RM)

Tel. 07748115203/07748115276

E-mail. nefrologiadialisitivoli@aslroma5.it