

**PROTOCOLO DE TRATAMENTO DIALÍTICO AMBULATORIAL  
RELATÓRIO TRIMESTRAL**

NOME: \_\_\_\_\_

CÓD. \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

EQUIPE MÉDICA: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA: ( ) HEMODIÁLISE ( ) DIÁLISE PERITONEAL  
( ) CAPD ( ) OUTRA MODALIDADE

QUANTIDADE DE SESSÕES MENSAS: \_\_\_\_\_

( ) TRATAMENTO INICIAL ( ) TRATAMENTO EM MANUTENÇÃO

INICIADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_ (MÊS/ANO)

DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (CAPD)

INFORMAR Nº DE BOLSAS COM ESPECIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DAS SOLUÇÕES (SE 1ª CAPD, INFORMAR DESCRIÇÃO DETALHADA DE TODO O MATERIAL).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMENTO COMPLEMENTAR:

ERITROPOETINA - DOSE SEMANAL PREVISTA: DOSE DE ATAQUE ( ) \_\_\_\_\_

DOSE DE MANUTENÇÃO ( ) \_\_\_\_\_

AQUISIÇÃO: ( ) SUS ( ) CABESP

LOCAL DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

A/C.: \_\_\_\_\_

PESO SECO: \_\_\_\_\_ Kg - ÚLTIMO CONTROLE DE HB: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_

REALIZADO NO MÊS DE: \_\_\_\_\_

TRANSFUSÕES PREVISTAS: SIM ( ) NÃO ( )

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

ETIOLOGIA DA IRC:

\_\_\_\_\_

DOENÇAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_

PERSPECTIVA DE TRANSPLANTE : SIM ( ) NÃO ( )

OBS:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NEFROLOGISTA

OBS: 1 - EVENTUAIS ALTERAÇÕES NA PROGRAMAÇÃO DEVERÃO SER COMUNICADAS À CABESP.

2 - OS CUSTOS A SEREM RESSARCIDOS POR TRATAMENTO SERÃO SOMENTE AQUELES PREVIAMENTE

CONTRATADOS.

3 - OS MATERIAIS E MEDICAMENTOS SERÃO AUTORIZADOS CONFORME CRITÉRIOS INTERNOS DA CABESP.