



腎科透析中心
Renal Dialysis Centre

血液透析醫療概要 (旅客專用)

*請刪除不適用者

個人資料

病人姓名

(*先生 / 太太 / 女士 / 小姐) _____

出生日期 : _____ (日 / 月 / 年) 年齡 : _____ 性別 : *男 / 女

住址 :

住宅電話 :

手提電話 :

電郵 :

傳真 :

香港地址 :

香港電話號碼 : (852)

緊急聯絡人

直系親屬 :

關係 :

電話 :

個人病歷 :

診斷 :

潛在疾病 :

過敏症

☐ 有, 請註明 :

☐ 無

☐ 未知

要求之透析治療日期

於香港進行的治療次數 :

治療日程 :

☐ 星期一 / 三 / 五

*上午 (上午 8 時前開始) / 下午 (下午 2 時前開始)

☐ 星期二 / 四 / 六

*上午 (上午 8 時前開始) / 下午 (下午 2 時前開始)

到埗日期 : _____ (日 / 月 / 年) 離境日期 : _____ (日 / 月 / 年)

首次治療 : _____ (日 / 月 / 年) 最後治療 : _____ (日 / 月 / 年)

第 1 頁 (共 2 頁)



詳細血液透析資料：		
開始透析日期：_____ (日/月/年)	每週次數：_____	透析時間：每次 _____ 小時
透析器類別：	表面面積：	
透析處方： ☐ 血液透析 ☐ 血液透析過濾 (*前 / 後稀釋法)	血流速：_____ 毫升 / 分鐘	
血管通路：*瘻管 / 人工血管 / 導管 位置 _____	針頭類別：_____	
透析前平均血壓：_____ / _____ mm Hg	透析後平均血壓：_____ / _____ mm Hg	
目標體重：_____ 公斤	透析間期平均增重：_____ 公斤	
透析液：碳酸氫鹽：_____ 鈉：_____	透析液溫度：_____ °C	
鉀：_____ 鈣：_____ 葡萄糖：_____	自動流速/透析液流速：_____ 毫升 / 分鐘	
抗凝血劑 肝素 / 低分子肝素 / 其他：_____		
初始劑次 _____	每小時劑次 _____	結束前 _____ 分鐘停用肝素
特殊透析要求/併發症		
有效的檢驗報告 以下檢查 <u>必須</u> 在訪客要求的日期前 4 週內進行，並 <u>須</u> 在接受預約時電郵 / 傳真至本院。 檢查項目： ✓ 愛滋病毒 ✓ 乙型肝炎表面抗原 ✓ 乙型肝炎表面抗體 ✓ 乙型肝炎核心總抗體 (如乙型肝炎核心總抗體呈陽性，請檢查乙肝病毒載量定量核酸測試) ✓ 谷丙轉氨酶 ✓ 丙型肝炎抗體 (如丙型肝炎抗體呈陽性，請檢查丙肝病毒核糖核酸定量測試) ✓ 微生物學：鼻腔拭子作耐甲氧西林金黃色葡萄球菌篩查 本表格必須附上以下資料的副本，以確認預約和預約日期。 1. 有效檢驗報告 2. 腎病科專科醫生 / 醫生轉介信 3. 現時用藥表 (醫生簽署) 4. 最近三份透析治療記錄 5. 一個月內發出的血全像、腎功能及肝功能指數及生物化學報告 6. 血管通道手術報告及狀況 謹請注意： 請向本中心提交上述資料。如未能提供，本中心將未能確認治療。 請將本表格連同適當文件傳送或傳真至 RDC@hksh-hospital.com / (852) 2892 7524。		