

**MODULO 1****Al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero****Al Responsabile della Unità Operativa di  
Nefrologia e Dialisi  
A.S.L. 5 - ORISTANO****Ospedale San Martino  
Via Rockefeller n. 23  
09170 ORISTANO**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - recapito telefonico: \_\_\_\_\_

chiede di poter effettuare il Trattamento Emodialitico presso:

- il Centro Dialisi ad Assistenza Decentrata di Ghilarza
- il Centro Dialisi ad Assistenza Limitata di Terralba
- il Centro Dialisi Ospedaliero di Riferimento di Oristano

A tale scopo dichiara:

- di avere iniziato il Trattamento Emodialitico Periodico il \_\_\_\_\_

- di eseguire il Trattamento Emodialitico presso il Centro di \_\_\_\_\_

- di disporre di Accesso Vascolare per l'esecuzione del Trattamento Emodialitico \_\_\_\_\_

- di avere eseguito il controllo dei Markers dell'Epatite il \_\_\_\_\_

Con il seguente esito: HBsAg \_\_\_\_\_

HBsAb \_\_\_\_\_

HBcAb \_\_\_\_\_

HCV \_\_\_\_\_

HIV \_\_\_\_\_

Oristano li \_\_\_\_\_

In Fede