



ELSAN

CENTRE DE NÉPHROLOGIE LES FLEURS

332 avenue Frédéric Mistral
Quartier Quiez
83190 OLLIOULES
Tél : 04-94-06-87-87
Fax : 04-94-06-87-88
✉ : secretaire.cnlf@gmail.com

MAIL

Sécurisé (secrétariat médical)

DESTINATAIRE :

FAX :

DATE :

OBJET : DEMANDE DE VACANCES DE :

Madame, Monsieur,

Suite à la demande de vacances de votre patient(e) pour la période :

Du au inclus.

Séances souhaitées :

Matin

Après Midi

Soir

Veillez trouver **NOTRE DOSSIER** à compléter et à nous retourner avec les pièces ci-jointes :

- Notre dossier dûment complété.
- Attestation de sécurité sociale à jour de l'ALD.
- Photocopie de la carte d'identité (recto/verso)**
- Carte européenne pour les patients(es) de l'Union Européenne ou photocopie du certificat provisoire.
- Sérologies (HIV, hépatites B, C) datant de moins de 3 mois et bilan biologique complet.
- Ordonnance du traitement.
- Personne de confiance.

Dans le cadre de la réglementation sur l'identitovigilance, un bracelet vous sera remis, à chaque séance, pour une période de 15 jours, à votre arrivée dans le centre.

A réception du dossier, et après décision du néphrologue, une réponse par télécopie vous sera retournée dans les plus brefs délais.

Nous demandons à votre patient(e) de nous contacter 10 jours avant son arrivée afin de nous confirmer sa présence et nous lui indiquerons ses jours et heures de dialyse.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

NB : La salle est équipée de poste de télévision individuel, pensez à vous munir d'un casque audio.

Le secrétariat

DOSSIER ADMINISTRATIF

IDENTITE DU PATIENT



NOM : **Prénom** :


NOM de JEUNE FILLE : **Date de naissance** :/...../.....

Adresse :

.....

Code postal : **VILLE** :

 :/...../...../...../.....  :/...../...../...../.....

CENTRE DE NEPHROLOGIE :  :/...../...../...../..... **FAX** :/...../...../...../.....

ADRESSE :

.....

PAYS :

.....

PERSONNE DE CONFIANCE/PERSONNE A CONTACTER

Personne de Confiance NOM / Prénom :  :/...../...../...../.....

Personne à contacter NOM / Prénom :  :/...../...../...../.....

SOCIAL

BENEFICIAIRE : Assuré(e) Conjoint

NOM de l'assuré(e) : **Nom du bénéficiaire** :

.....

Date de naissance de l'assuré(e) si différente du bénéficiaire :/...../.....

N°de Sécurité Sociale :/.....

NOM et ADRESSE de l'organisme d'assurance maladie :


.....

.....

VACANCES

ADRESSE du lieu de vacances :

.....

 du lieu de vacances :/...../...../...../.....

Mode de transport :

.....

Si transport sanitaire choisi : NOM et  du TRANSPORTEUR choisi :



.....
.....
.....

DOSSIER MEDICAL

PATIENT

NOM : **Prénom** :
NOM de JEUNE FILLE : **Date de naissance** :/...../.....
Groupe/Rhésus :

CORRESPONDANTS

NOM DU NEPHROLOGUE :  :
...../...../...../...../.....
NOM DU MEDECIN TRAITANT :  :
...../...../...../...../.....

NEPHROPATHIE

Néphropathie initiale :
Date de la 1^{ère} dialyse :
Autres antécédents :
.....
.....
.....
.....

PROBLEME MEDICAUX ET CHIRURGICAUX RECENTS

.....
.....
.....
.....
.....

.....

DIALYSE

Centre UDM Autodialyse Dialyse péritonéale

Nombre de séances: **JOURS :** **DUREE :**

Générateur: Dialyseur :

Débit sanguin :

Na : K : Ca : CO3H : Glucose :

Poids sec : Kg **Prise de poids moyenne :**Kg

TA Habituelle :/.....

Hémodialyse HDF Biofiltration



DOSSIER MEDICAL (suite)

PATIENT

NOM : **Prénom :**

NOM de JEUNE FILLE : **Date de naissance :**/...../.....

ABORDS VASCULAIRE

Fistule artério-veineuse Native Prothèse Site : Droite Gauche

Biponction Uniponction Aiguilles Cathlons

Cathéter Type : Volume Héparine à injecter dans chaque branche

HEPARINISATION

Sans Héparine HBPM Continue Discontinue

Dose de charge: Dose d'entretien :
.....

SEROLOGIES

HBS : Date :/...../..... HBs Ag : HBs Ac : Titrage : HBcAc :

HCV : Date :/...../..... HCV : PCR :

HIV : Date :/...../..... HIV1 : HIV2 :

Si sérologie positive, merci de nous faire parvenir la dernière charge virale



ELSAN

CENTRE DE NÉPHROLOGIE LES FLEURS

DOSSIER MEDICAL (suite)

PATIENT

NOM : **Prénom** :

NOM de JEUNE FILLE : **Date de naissance** :/...../.....

TRAITEMENTS

TRAITEMENT MEDICAL : (ordonnance à fournir)

Si le patient est sous MIRCERA préciser la date de la dernière injection.


TRAITEMENT PAR EPO : Posologie hebdomadaire OUI NON

Produit : Nombre d'injection par semaine : Type injection : IV SC

Posologie par injection :

ALLERGIE : OUI NON Type :

CENTRE DE NEPHROLOGIE LES FLEURS 332 avenue Frédéric Mistral Quartier Quiez 83190 OLLIOULES

Tél : 04-94-06-87-87 / Fax : 04-94-06-87-88  : secretaire.cnlf@gmail.com

GREFFE

Patient(e) inscrit(e) : oui non
Centre de transplantation :

COMMENTAIRE

.....
.....
.....
.....

Date :/...../.....

Signature et tampon du Médecin Néphrologue



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....Néphrologue, certifie que :

Madame, Mademoiselle, Monsieur

est habituellement traité(e) en :

- Centre UDM Autodialyse Dialyse péritonéale

Fait à

Le

Signature et tampon du Médecin Néphrologue

CENTRE DE NEPHROLOGIE LES FLEURS 332 avenue Frédéric Mistral Quartier Quiez 83190 OLLIOULES

Tél : 04-94-06-87-87 / Fax : 04-94-06-87-88 : secretaire.cnlf@gmail.com


CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné, **Madame, Mademoiselle, Monsieur**

né(e) le :/...../.....

- 1- Déclare avoir été informé(e) par mon médecin néphrologue référent des conditions dans lesquelles se pratique l'épuration extra rénale par hémodialyse en UDM, en autodialyse ou centre et adresse l'ensemble des informations administratives et médicales nécessaires à l'établissement médical.
- 2- Déclare avoir été informé(e) qu'un médecin est à ma disposition pour tout complément d'information.
- 3- Déclare avoir été informé(e) des bénéfices et des risques propres à l'épuration extra-rénale qui m'ont été expliqués par mon néphrologue référent.
- 4- Déclare avoir été informé(e) que l'autodialyse fonctionne en présence d'une infirmière mais sans présence médicale permanente.
- 5- Accepte d'adresser les examens sérologiques datant de moins de 3 mois (Hépatites B, C, HIV) prescrits dans le cadre de mon suivi dialytique avant mon séjour.
- 6- Accepte un éventuel repli en cas de complication médicale ou technique vers le service le plus adapté.

CENTRE DE NEPHROLOGIE LES FLEURS 332 avenue Frédéric Mistral Quartier Quiez 83190 OLLIOULES

Tél : 04-94-06-87-87 / Fax : 04-94-06-87-88  : secretaire.cnlf@gmail.com

- 7- Accepte de me présenter à toutes les séances prescrites et m'engage à prévenir le médecin néphrologue de l'établissement, dans les meilleurs délais, en cas d'empêchement.
- 8- Déclare avoir été informé(e) de possibles changements d'horaires /jour de dialyse au cours du séjour selon le planning.

Signature patient(e) précédée de la mention « lu et approuvé »