

# «REGISTRO DE HEMODIÁLISIS DE VACACIONES»



## TABLA DE CONTENIDO

INFORME EXPEDIENTE DIALISIS DE VACACIONES.....	1
HOJA DE PROTOCOLO DE DIÁLISIS.....	3
FICHA DE VIGILANCIA DE LA SITUACIÓN INFECCIOSA..	4
HOJA DE ENLACE MEDICAL.....	5
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE.....	6
DECLARACIÓN DE UNA PERSONA DE CONFIANZA.....	7
VOLUNTADES ANTICIPADAS.....	8

## INFORME EXPEDIENTE DIALISIS DE VACACIONES

### Centro de Emodiálisis de Saint-Roch

Polyclinique Médipôle Saint-Roch  
Avenue Ambroise Croizat  
66 330 CABESTANY  
[dialyse.vacances@medipole.fr](mailto:dialyse.vacances@medipole.fr)

Cabestany, ..... / ..... / .....

Receptor:

Señor, Señora,

Contestamos a su solicitud de tratamiento por hemodiálisis por el periodo de: ..... / ..... / .....

Le agradecemos rellene cada información solicitada, en particular:

- ⇒ **La parte administrativa que incluye los documentos necesarios para su ingreso.**
- ⇒ **La parte medica que nos permite ofrécele un puesto adaptado a sus necesidades de hemodiálisis.**

Los documentos deben ser completados en **su totalidad** por sur nefrólogo.

Gracias por añadir a su expediente:

- ⇒ Los últimos análisis de sangre;
- ⇒ Las serologías de menos de 3 meses;
- ⇒ El grupo sanguíneo;
- ⇒ La recete del tratamiento;
- ⇒ La copia de ambas caras de su documento de identidad;
- ⇒ La tarjeta sanitaria europea.

Para los pacientes que vienen del extranjero, necesitamos una investigación de EPC, de menos de una semana, antes de la llegada.

Tras la recepción de nuestro expediente que deberá estar completo y el acuerdo del nefrólogo, le enviaremos la confirmación de su estancia a más tardar cuatro semanas antes de su llegada.

Mientras tanto reciban nuestros sinceros saludos.

Elodie BORONAD / Séverine TORRES

Responsable de la unidad

❖ Para ser completado por el paciente

Apellido del paciente: .....	Nombre: .....
2e apellido: .....	
Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....	Nacionalidad: .....
N° de telefono casa: ...../...../...../.....	Mobil: ...../...../...../.....
Apellido, nombre, fecha de nacimiento del asegurado: .....	
Nombre y direccion de su centro de seguridad social: .....	
N° de seguridad social: ...../...../...../...../...../..... /.....	

❖ Dirección y teléfono del lugar de vacaciones: .....

❖ N° de teléfono: ...../...../...../...../.....

❖ Su modo de transporte habitual:

Vehículo personal       Taxi       VSL       Ambulancia

Con el fin de satisfacer todas las solicitudes de una estancia de vacaciones, le pedimos que nos informe si se han puesto en contacto con otro centro :  Sí       No

Si sí, cual: .....

❖ Su modo de diálisis habitual:

Centro de hemodiálisis       Auto diálisis simple       Auto diálisis asistida  
 Unidad de diálisis médica       Hemodiálisis a domicilio

Apellido y teléfono del nefrólogo: .....

Datos de contactos del centro de tratamiento: ..... / ..... / .....

Fecha prevista de la primera diálisis en nuestro centro: ..... / ..... / .....

Fecha prevista de la última diálisis en nuestro centro: ..... / ..... / .....

**ADJUNTE A ESTE FORMULARIO ADMINISTRATIVO LA COPIA DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA VÁLIDA**

**HOJA DE PROTOCOLO DE DIÁLISIS**

Apellido – Nombre del paciente: .....

Fecha de la primera diálisis: ..... / ..... / .....

Tipos de acceso vasculares:

FAV

Injerto  
arteriovenoso

Cateter venoso

Modo de punción y agujas utilizadas: - Única G  
- 2 Agujas G (Aguja arterial)  
G (Aguja venosa)

Dializador: .....

Membrana: .....

¿Alergias a ciertas membranas? .....

Superficie: .....

Modo de esterilización: .....

Machina de hemodiálisis habitual / Monitor: .....

<b>ANTICOAGULACIÓN</b>	<b>Tipo:</b>	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Intermedia
	<b>Dosis:</b>		
<b>CONDUCTIVIDAD :</b>	<b>BICARBONATO:</b>		
<b>JORNADAS HABITUALES DE DIÁLISIS : L - M - Mi - J - V - S</b>	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noche

Tipo de diálisis :  Hemodiálisis  Hemodiafiltración (HDF)

Duración de sesión: ..... Velocidad de la bomba de sangre: .....

Peso seco: ..... Soluta de restitución: .....

UF máx. tolerada: ..... Ganancia interdialitica: .....

<b>SEROLOGIAS VIRALES DE MENOS DE 3 MESES</b>	
<b>Antígeno Hbs</b>	Resultado del : ..... / ..... / .....
<b>Anticuerpos anti Hbs</b>	Resultado del : ..... / ..... / .....
<b>Indice Ac anti Hbs</b>	Resultado del : ..... / ..... / .....
<b>Ac anti Hbs</b>	Resultado del : ..... / ..... / .....
<b>HCV</b>	Resultado del : ..... / ..... / .....
<b>VIH 1x2</b>	Resultado del : ..... / ..... / .....

OBSERVACIONES: (Problemas interdialíticos o intradialíticos) .....

Autonomía del paciente:  Valido  Ayuda al andar  
 Silla de ruedas  Camilla  
 Se comprime solo  Se comprime con ayuda

¿Inclusión en una lista de espere de trasplante renal?  Sí  No  
Si sí, Dato del contacto del centro: ..... / ..... / .....

Firma y sello del nefrólogo:

## FICHA DE VIGILANCIA DE LA SITUACIÓN INFECCIOSA

IDENTIDAD PACIENTE

¿El paciente necesita medidas complementarias? ¿Si lo es, de que tipo?

Contacto

Gotas

Aire

Detallar el agente infeccioso y el lugar

### BMR:

Sí  No

### BHRe:

- ¿El paciente fue hospitalizado o dializado al extranjero durante esto 12 últimos meses?

Sí  No      ¿Si sí, en qué país? : .....

- El paciente tiene antecedente de contacto con una BHRe  Sí  No

¿Si positivo cuál?:

- ⇒ Detección por coprocultura o hisopo rectal
- ⇒ Cuantas detecciones fueron realizadas
- ⇒ Fecha de la última detección
- ⇒ Aislamiento profiláctico de contacto

Noto que tengo que avisar cualquier cambio en la situación infecciosa del paciente antes su llegada.

**HOJA DE ENLACE MEDICAL**

<b>Apellido del paciente:</b> ..... <b>Nombre:</b> ..... <b>Edad:</b> .....	
<b>DIAGNÓSTICO DE LA NEFROPATÍA / HISTORIA DE LA ENFERMEDAD</b>	
<b>ANTECEDENTES PERSONALES / PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA NEFROPATÍA</b>	
<b>ALERGIAS CONOCIDAS</b>	
<b>PROBLEMAS ACTUALES</b>	
<b>TERAPIA MEDICINAL DURANTE LA SESIÓN</b>	
<p style="text-align: center;"><b>TRATAMIENTO ERITROPOYETINA</b></p> <p>Tipo de EPO:          Día:          Dosis:          En s/c o i/v:          Próxima inyección:</p>	<p style="text-align: center;"><b>TRATAMIENTO HIERRO</b></p> <p>Dosis:          Día:          Otro:          Próxima inyección:</p>
<b>TERAPIA MEDICINAL DURANTE LA SESIÓN</b>	

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

El abajo firmante don / doña: .....

Nacido/a el: ..... / ..... / .....

1. Declara ser informado por su nefrólogo referente de las modalidades del tratamiento renal sustitutiva en hemodiálisis en las unidades, y transmite todas las informaciones administrativas y medicas necesarias al centro médico.
2. Declara ser informado que un médico esté disponible para cualquier suplemento de información.
3. Declara ser informado por mí nefrólogo de los beneficios y riesgos del tratamiento sustitutivo.
4. Declara ser informado que la autovía lisis funciona en presencia de una enfermera, pero sin la presencia medica permanente.
5. Acuerda transmitir los exámenes serológicos de menos de 3 meses (hepatitis B, e, VIH) realizados en seguimiento dialéctico antes de mi estancia.

## DECLARACIÓN DE UNA PERSONA DE CONFIANZA

El abajo firmante: .....

Primer apellido: .....

Segundo apellido: .....

Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Señas: .....

Teléfono: .....

Admitido(a) por:

Hospitalización

Atención ambulatoria

Urgencias

Desde ..... / ..... / .....

Hasta: ..... / ..... / .....

Solicito persona de confianza

Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....

Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Señas: .....

Teléfono: ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Esta persona legalmente responsable es:

Un cercano

Un familiar

Su médico de cabecera

Deseo que esta persona me acompañe y asista a todas mis consultas médicas al fin de ayudarme en mis decisiones  Sí  No

He sido informado(a) que esta declaración es válida durante todas mis hospitalizaciones. Puedo revocar esta declaración a todo momento y tengo que informar por escrito al centro de salud.

No deseo solicitar una persona de confianza

El ..... / ..... / .....

Firma del paciente:

## VOLUNTADES ANTICIPADAS

La voluntad anticipada sirve para que cualquier persona mayor de edad puede expresar o manifestar los deseos para el fin de la vida. Facilitan la toma de decisiones al dejar constancia escrita de sus deseos sobre actuaciones seguir o no un tratamiento médicos en una. En la situación en que las circunstancias pue concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad.

Se pueden modificar o anular en cualquier momento.

- No deseo redactar voluntades anticipadas
- Deseo redactar voluntades anticipadas

Si quieres más informaciones, puedes acercarte al equipo médico.

