

Centre d'Hémodialyse Saint-Roch

Polyclinique Médipôle Saint-Roch
Avenue Ambroise Croizat
66 330 CABESTANY
dialyse.vacances@medipole.fr

Secrétariat ouvert à partir de 14H00
Tél : 04.68.66.12.00

Cabestany, le

Destinataire :

DOSSIER DIALYSE VACANCES de M. / Mme.....

Madame, Monsieur,

Nous faisons suite à votre demande de traitement par hémodialyse pour la période du :

A cet effet, nous vous prions de bien vouloir trouver notre dossier ci-joint ; nous vous remercions de le compléter pour chaque renseignement demandé notamment :

- ➔ La partie administrative qui comprend les documents obligatoires pour votre admission,
- ➔ La partie médicale qui nous permet de vous proposer un poste adapté à vos besoins en hémodialyse.

Les documents devront être complétés **intégralement** par votre médecin néphrologue.

Merci d'ajouter au dossier

- Les derniers bilans sanguins,
- Les sérologies de moins de 3 mois,
- La carte de groupe,
- L'ordonnance de traitement,
- La copie de votre attestation de carte vitale à jour de vos droits
- La copie recto verso de votre carte d'identité.
- Une photo d'identité.

- ➔ Pour les patients venant de l'étranger, merci de compléter avec une recherche EPC datant de moins d'une semaine avant l'arrivée ainsi que la carte européenne.

Après réception de notre dossier, dûment rempli, et l'accord du médecin néphrologue, nous vous ferons parvenir le courrier de confirmation de votre séjour au plus tard quatre semaines avant son début.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Elodie BORONAD
Responsable d'unité de soins

Séverine TORRES
Infirmière référente

NB : Tout dossier incorrectement complété ne sera pas traité.



Fiche Administrative d'admission

A remplir par le patient

NOM du Patient : _____ **Prénom :** _____

Nom de jeune fille : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **Nationalité :** _____

ADRESSE : _____

N° téléphone : - Domicile : /___/___/___/___/___/ - Portable : /___/___/___/___/___/

NOM, Prénom, Date de naissance de l'assuré : _____

NOM ET ADRESSE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE : _____

N° SECURITE SOCIALE : /___/___/___/___/___/___/ /___/

ADRESSE et Tél. DU LIEU DE VACANCES :

.....

Tél : /___/___/___/___/___/

Votre mode de transport habituel :

Véhicule personnel Taxi VSL Ambulance

Afin de satisfaire toutes les demandes de séjour de vacances, nous vous demandons de nous signaler si vous avez contacté un autre centre : OUI NON Si OUI, lequel :

MODE DE DIALYSE HABITUEL :

En centre HD Autodialyse simple Autodialyse assistée

Unité dialyse médicalisée Hémodialyse domicile

NOM ET TELEPHONE DU NEPHROLOGUE TRAITANT :

COORDONNEES DU CENTRE DE TRAITEMENT :

DATE PREVUE DE LA 1^{ère} DIALYSE DANS NOTRE CENTRE DE DIALYSE : /___/___/___/

DATE PREVUE DE LA DERNIERE DIALYSE DANS NOTRE CENTRE DE DIALYSE : /___/___/___/

Merci de joindre à cette fiche

*Une copie de l'attestation carte vitale ou mutuelle avec vos droits ALD 100 % à jour. **La déclaration du choix du médecin traitant doit apparaître sur votre attestation de sécurité sociale.** Si la déclaration n'a pas été faite, **faire le nécessaire** auprès de votre centre de sécurité sociale, avant votre séjour.*

L'original de l'imprimé E111 ou E112, pour les patients relevant de l'union européenne autre que la France (où carte européenne de sécurité sociale).

NOM – Prénom du patient :

Date de la 1^{ère} Epuration extra-rénale le :

Voie d'abord :

FAV / site

Prothèse / site

Cathéter / site

Mode de ponction et aiguilles utilisées :

- UNIQUE :

G

- 2 aiguilles :

G (aiguilles artérielles)

G (aiguilles veineuses)

Dialyseur :

Membrane :

Contre-indication à un type de membrane ? :

Surface :

Mode de stérilisation :

Type de générateur habituel :

ANTICOAGULATION	Type : HBPM / doses :		
	Standard / doses : Charge :	Entretien :	Arrêt :
Conductivité :		Bicarbonate :	
Jours de dialyse habituels : L – M – Me – J – V – S		matin – après midi – soir	

Type de dialyse : Hémodialyse

Hémodiafiltration

Durée des séances :

Débit pompe à sang :

Poids de base :

Soluté de restitution :

UF max tolérée :

Prise de poids interdialytique :

SEROLOGIES VIRALES de moins de 3 mois	A SON ARRIVEE :
Antigène HbS : Résultat du :	Le patient fournira une copie du dernier contrôle de ses sérologies et son dernier bilan biologique
Anticorps anti-HbS : Résultat du :	
Taux Ac anti-HbS : Résultat du :	
Anticorps anti-HbC : Résultat du :	
HCV : Résultat du :	
VIH 1 et 2 : Résultat du :	

OBSERVATIONS : (problèmes interdialytiques ou intradialytiques) :

.....

AUTONOMIE DU PATIENT : valide aide à la marche fauteuil roulant brancard

se comprime seul

aide à la compression

INSCRIPTION SUR LISTE DE TRANSPLANTATION ? OUI / NON

Si OUI, nom et tél du centre :

Signature et cachet du médecin néphrologue



Nom du patient :**Prénom :****Âge :****Résumé médical complété par :****Docteur :****Tél :****DIAGNOSTIC DE LA NEPHROPATHIE / HISTOIRE DE LA MALADIE****ANTECEDENTS PERSONNELS / PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA NEPHROPATHIE****ALLERGIES CONNUES****PROBLEMES EN COURS****PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN SEANCE****TRAITEMENT ERYTHROPOÏËTINE**

Type EPO :

Jours :

Dosage :

En S/C ou I/V :

Prochaine injection le :**TRAITEMENT PAR VENOFER**

Dosage :

Jours :

Autres :Prochaine injection le :**PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE HORS SEANCE**

Consentement du patient

Je soussigné, Madame, Mademoiselle, Monsieur.....

Né(e) le : /..... /.....

- 1-** Déclare avoir été informé(e) par mon médecin néphrologue référent des modalités de pratiques de l'épuration extra rénale en hémodialyse, en structure d'UDM, d'autodialyse ou en 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.

- 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 »



Etiquette PATIENT

IMPORTANT : En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Recueil de données

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE et LIEU NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :

Hospitalisation

Actes ambulatoires

Soins Externes

Urgences

A compter du pour la durée du traitement

Je souhaite désigner comme **personne de confiance** :

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM(S) :

DATE et LIEU NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

OUI

NON

**J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit
l'établissement**

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance :

Le/...../.....

Signature du patient:



Directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées : il s'agit d'une déclaration écrite qui précise les souhaits quant à sa fin de vie, dans la mesure où elle ne serait pas capable d'exprimer sa volonté. Elles sont prises en considération pour toute décision concernant l'arrêt/limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. Elles sont modifiables/révocables à chaque instant.

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour.

Je souhaite rédiger des directives anticipées. Si vous souhaitez des explications complémentaires, rapprochez-vous de l'équipe soignante.



Certificat médical

Je soussigné, Docteur _____, médecin néphrologue traitant de
Mr, Mme, Melle : _____.

Certifie que son état de santé lui permet de suivre un traitement par hémodialyse dans
une de nos **unités d'autodialyse assistée** (Argelès, St Laurent de la Salanque, Le Soler)

Sans la présence continue d'un médecin néphrologue

Certifie que son état de santé lui permet de suivre un traitement par hémodialyse dans notre
Unité de dialyse médicalisée (passage d'un néphrologue à chaque séance).

Certifie que son état de santé nécessite une prise en charge en Centre **lourd uniquement**
(présence médicale néphrologique permanente).

Fait à _____

Le _____

(Signature et cachet du médecin néphrologue)

