

Centre d'Hémodialyse Saint - Roch

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

IDE de Coordination
Tél : 04.68.66.12.44

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 à la date du séjour ;
- 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 ;
- Le dernier CR Cardio + ECG ;
- Le dernier doppler FAV ;
- La dernière radio pulmonaire ;

- ➔ 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 (recto/verso).

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.

Service hémodialyse Médipôle Saint Roch

NB : Tout dossier incomplet ne sera pas traité

Fiche Administrative d'admission

A remplir par le patient

NOM d'usage :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ M
NOM de naissance :	INS :	DDN :

DATE DE NAISSANCE :

Nationalité :

ADRESSE :

Adresse mail :

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 ARRIVÉE :
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

Fiche de surveillance du statut infectieux

IDENTITE
PATIENT

Le patient est-il sous couvert de précautions complémentaires d'hygiène ? Si oui, quel type :

☐ CONTACT

☐ GOUTELLETTE

☐ AIR

Merci de préciser quel est l'agent pathogène : _____

Site : _____

BMR :

☐ OUI

☐ NON

BHRe :

- Le patient a-t'il été hospitalisé / dialysé à l'étranger dans les 12 mois précédents ? (Inclure un éventuel rapatriement sanitaire)

☐ OUI

☐ NON

Si oui, dans quel pays _____

- Le patient a-t-il des antécédents de portage (ou contact) d'une bactérie hautement résistante ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, laquelle _____

☐ Dépistage par coproculture ou écouvillonnage rectal

⇒ De combien de dépistage le patient a-t-il bénéficié ? _____

⇒ Quelle est la date du dernier dépistage ? _____

☐ Isolement prophylactique de type CONTACT.

J'ai pris note que je m'engage à signaler tout changement du statut du patient avant son arrivée.

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 ERYTHROPOÏÉTINE

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

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 d'usage : NOM de naissance :

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:

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.



Merci de nous communiquer la modalité la plus adaptée au patient (NE COCHER QU'UNE SEULE CASE).

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, Prades).

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)