



A
Le

Madame, Monsieur

Votre patient(e), M souhaiterait
bénéficier d'une prise en charge dans notre unité de dialyse de
pour la période **Du** **au**

Vous trouverez, ci-joint les documents à compléter et à nous renvoyer afin de traiter au mieux cette demande :

- Notre dossier "vacancier" à compléter (Ne pas oublier de joindre les documents !).
- Le certificat médical à établir par le médecin néphrologue, l'autorisant à dialyser dans notre Unité de Dialyse (**document indispensable à sa prise en charge**).
- La liste des dialyseurs disponibles dans nos unités.
Si cette liste ne comporte pas le dialyseur habituel de votre patient, nous vous demandons de bien vouloir **nous préciser votre choix de dialyseur** pour la période des vacances dans notre Unité.

Lors de son admission, pour la première séance de dialyse, votre patient(e) devra se munir :

- D'un document justifiant son identité.
- D'une attestation ALD 100% à jour
- Pour les patients de l'U.E., une carte européenne d'assurance maladie valide
- D'une copie du relevé des paramètres de ses 3 dernières de séances de dialyse.

Veuillez croire à l'assurance de nos salutations dévouées.

Signataire / Personne chargée du suivi :

Mme ☐ Mr ☐

Fonction

Secrétaire ☐ Infirmière ☐

Merci de nous retourner le dossier dûment complété à

sevacances.aair@aair-dialyse.com ou par fax : 00 33 (0)5 61 16 11 11

Pour toute question complémentaire, vous pouvez nous joindre au Tél : 00 33 (0) 5 61 16 10 70

Fr-31-12-46



TYPE d'ABORD VASCULAIRE

☐ FAV Type..... Bras : Droit ☐ Gauche ☐
☐ Prothèse
☐ Biponcture ☐ Uniponcture

Aiguilles (gauge) Aspiration : Retour :

☐ KT Double voie ☐ KT simple voie

Type Verrou.....

Vol Branche ARTml Vol Branche Veineuse.....ml

Débit sanguin

--

Pression
Artérielle

--

Pression
Veineuse

--

NEPHROPATHIE D'ORIGINE

Antécédents et résumé / Histoire de la Maladie à joindre au dossier

PROBLEMES MEDICAUX – ALLERGIES

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

GROUPE SANGUIN

(Joindre photocopie avec 2 déterminations)

STATUT SEROLOGIQUE (contrôle < 3 mois)

Date du
contrôle

HBV	Ag HBs		Ac anti-HBs		
HCV	PCR C				
HIV					

Transplantation - Inscription sur liste d'attente :

☐ Oui

☐ Non

Centre de transplantation (Adresse et Téléphone)



SURVEILLANCE PARTICULIERE

FICHE D'AUTONOMIE PATIENT DIALYSE

Mobilité	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Fauteuil /brancard
Se vêtir et se dévêtir	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Pesée	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Compression	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Alimentation	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Prise de poids	<input type="checkbox"/> Maîtrisée	<input type="checkbox"/> Variable	<input type="checkbox"/> Toujours importante

Joindre obligatoirement (si non complété dans la fiche médicale)

Antécédents et/ou histoire de la maladie, Traitement médical, Bilan biologique complet (- 3 mois) Sérologies virales (- 3mois)

Date :

Cachet et Signature du Médecin Néphrologue



DOSSIER VACANCIER AAIR MIDI PYRENEES
CERTIFICAT MEDICAL & CONSENTEMENT

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteurcertifie que l'état de santé
de M..... lui permet de poursuivre
son traitement par REIN ARTIFICIEL dans :

- ☐ Une unité d'auto dialyse assistée
- ☐ Une unité de dialyse médicalisée en télémedecine

Dépendantes de l'AAIR MIDI-PYRENEES.

- ☐ Exclusivement dans un centre lourd de dialyse hors AAIR

Certificat établi pour servir ce que de droit.

Date : Cachet et Signature du Médecin Néphrologue
--

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné (e), Madame, Monsieur
déclare, après avoir été informé(e) des différentes méthodes de traitement par épuration extra-
rénale, accepter de plein gré :

- ☐ Le traitement par **hémodialyse de suppléance** :
 - ☐ Dans une unité d'auto dialyse assistée
 - ☐ Dans une unité de dialyse médicalisée

Je confirme l'ensemble des informations administratives et médicales me concernant et j'autorise
la réalisation des examens complémentaires nécessaires à mon suivi médical, y compris le suivi des
sérologies virales (Hépatite B-C, HIV...)

Date : Signature du patient précédée de la mention "Lu et Approuvé"



DOSSIER VACANCIER AAIR MIDI PYRENEES

Liste dialyseurs

Service Pharmacie :

☎ 05 61 16 14 50 - 📠 05 61 31 06 82

e-mail : pharmacie-technique@air-dialyse.com

Dénomination	Membrane	Steril.	Surf m ²	UF
BG-1.8U,FILTRYSER, TORAY	PMMA	Gamma	1,8	35
BG-2.1U,TORAY	PMMA	Gamma	2,1	43
ELISIO 17H, NIPRO	Polynephtron	Gamma	1,7	74
ELISIO 21H, NIPRO	Polynephtron	Gamma	2,1	82
ELISIO 25H, NIPRO	Polynephtron	Gamma	2,5	93
EVODIAL 1.6, HOSPAL	AN 69	Gamma	1,6	50
FDX 180 GW,NIKKISO	PEPA	Gamma	1,8	57
LEOCEED 18H, ASAHI	Polysulfone	Gamma	1,8	76
LEOCEED 21H, ASAHI	Polysulfone	Gamma	2,1	88
PHYLTER HF 17 SD, BELLCO	Polyphénylène	Vapeur	1,7	53
REVACLEAR 400	PAES/PVP	Vapeur	1,8	54
TORAYLIGHT NS-21S,TORAY	Polysulfone	Gamma	2,1	53

**DOSSIER VACANCIER AAIR MIDI PYRENEES****FICHE ADMINISTRATIVE****NOM PRENOM**

Nom de Naissance

DATE NAISSANCE

/ / / / / / / /

ADRESSE

Tél. Domicile

/ / / / / / / /

Tél. Portable

/ / / / / / / /

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Couverture Mutuelle

Oui

Non

Dénomination

Adresse

ASSURE(E)

Nom Prénom

Nom de Naissance

N° INSEE

/ / / / / / / / / / / / / / / / / /

(Joindre une photocopie **lisible** de l'attestation d'Assuré Social **en cours de validité**)**ADRESSE DE VACANCES****TELEPHONE (sur le lieu de vacances)****Date d'arrivée sur le lieu de vacances****Heure d'arrivée****Moyen de transport**

- ☐ Véhicule personnel
☐ Train
☐ Avion
☐ Bus

Date de départ**Heure de départ****Moyen de transport**

- ☐ Véhicule personnel
☐ Train
☐ Avion
☐ Bus

Joindre obligatoirement

- la copie **LISIBLE** de la carte d'identité (ou passeport) du patient recto / verso

- la copie de l'attestation carte vitale ou mutuelle - **droits ALD 100 % à jour**. La déclaration de choix du médecin traitant doit apparaître sur votre attestation de sécurité sociale.

Pour les patients relevant de l'Union Européenne :

- copie du titre d'identité recto/verso (ou passeport)

- Carte Européenne (ou attestation) d'Assurance Maladie ou original de l'imprimé E111 ou E112.

Tous ces documents doivent être parfaitement **LISIBLES**.

A.A.I.R. Midi Pyrénées	FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE PATIENT	Réf : age-188 Version : 04
Date d'application : 03/02/10		

**ETIQUETTE
PATIENT**

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE PATIENT (Article L 1111-6 du C S P)

OUI ☐

NON ☐

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.
Cette désignation est à faire par écrit.

Je soussigné (e) :

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

NOM marital : **NOM** de jeune fille :

PRENOMS :

DATE et LIEU de NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

Admis(e) au sein de l'AAIR à compter du :

☐ ne souhaite pas désigner une personne de confiance

☐ désire désigner comme **personne de confiance** :

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

NOM marital : **NOM** de jeune fille :

PRENOMS :

DATE et LIEU de NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE(S) :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ Un parent

☐ Un proche

☐ Mon Médecin Traitant

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner ou pas une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

Fait le

Signature

Partie réservée à la personne de confiance

**J'accepte d'être la personne de confiance de Madame, Mademoiselle, Monsieur....
et d'être consulté(e) au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.**

Je suis informé(e) que cette désignation est révocable à tout moment par le patient.

Fait le :

Signature