



A
Le

Madame, Monsieur

Votre patient(e), M souhaitez 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 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

secvacances.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

Coordonnées du Centre d'Origine			
Adresse :	Téléphone :		
Mail :	Fax :		
Patient			
NOM :	Prénom :		
MODE DE TRAITEMENT (en annexe – certificat type à compléter par le médecin néphrologue)			
<input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> AUTODIALYSE <input type="checkbox"/> UDM ou CENTRE			
Date de la dernière dialyse <u>dans votre structure</u>			
Date de la première dialyse sur notre site			
Date dernière dialyse sur notre site			
Date dialyse retour <u>dans votre structure</u>			
PROTOCOLE DE DIALYSE			
Durée de la séance :H.....	Rythme/semaine /SEM		
Jours de Dialyse Habituels	Lundi / Mercredi / Vendredi <input type="checkbox"/> Mardi / Jeudi / Samedi <input type="checkbox"/>		
Générateur :			
Dialyseur Habituel			
Choix du Médecin Néphrologue (liste des dialyseurs disponibles AAIR en annexe)			
Bain de dialyse	<input type="checkbox"/> Acétate	<input type="checkbox"/> Bicarbonate	mmol/l
Na : mmol/l	K : mmol/l	Ca : mmol/l	Glucose : g/l
Anticoagulation			
<input type="checkbox"/> Héparine non fractionnée Dose de charge (UI)		Marque : Dose/heure (UI)	
<input type="checkbox"/> HBPM Marque :		Dose / séance	
Poids de base :	Prise de poids		
Tension Artérielle avant HD		Après HD	
TRAITEMENT PAR EPO	<input type="checkbox"/> Oui (Date de la dernière injection)		<input type="checkbox"/> non
TYPE EPO	Posologie (UI)		Fréquence
TRAITEMENT PAR FER	<input type="checkbox"/> Oui (Date de la dernière injection)		<input type="checkbox"/> non
TYPE FER	Posologie		Fréquence

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

GROUPAGE 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 :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur certifie 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 télémédecine

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"

Service Pharmacie :

① 05 61 16 14 50 - ☎ 05 61 31 06 82
 e-mail : pharmacie-technique@aaир-
 dialyse.com

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



DOSSIER VACANCIER AAIR MIDI PYRENEES

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM PRENOM

Nom de Naissance

DATE NAISSANCE

1 1 1 1 1 1 1 1 1

ADRESSE

Tél. Domicile

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Tél. Portable / / / / / / / / / / /

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Couverture Mutuelle

Dénomination

Adresse

ASSURE(E)

Nom Prénom

Nom de Naissance

N° INSFF

(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 <input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Bus
Date de départ	Heure de départ	Moyen de transport <input type="checkbox"/> Véhicule personnel <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> 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 :

- 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