

<b>Demande reçue</b>	Le : ..... Par : .....
	<input type="checkbox"/> <i>par courrier</i> <input type="checkbox"/> <i>par fax</i> <input type="checkbox"/> <i>par mail</i> <input type="checkbox"/> <i>par tél</i> <input type="checkbox"/> <i>par internet</i>
	Remis au Cadre de Santé : ..... Le : .....

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE :**

**PATIENT - N° V.....** Interlocuteur .....

Nom ..... Nom de Jeune Fille : .....

Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

CP ..... Ville ..... n° Fax : .....

N° téléphone ..... n° Portable : .....

Adresse Mail .....

**Centre de dialyse du patient :** .....

Interlocuteur : .....

Adresse .....

..... CP..... Ville .....

N° téléphone ..... Fax .....

Adresse Mail .....

Nom Médecin Responsable .....

**SOUHAIT DE DIALYSE :** Centre souhaité : .....

Dates souhaitées : du ..... au .....

Dates souhaitées : du ..... au .....

Dates souhaitées : du ..... au .....

Dates souhaitées : du ..... au .....

**Modalités :**

- Centre    Udm  
 Auto    Domicile

**Abords vasculaires**

- KT  
 Fistule

**Autres**

Temps de dialyse : .....  
Cycle habituel : .....

Lieu de séjour : .....

Déjà venu :  oui    non   Année ..... Unité : .....

Observations : .....

**Remarques du Cadre de santé**

Pas de place disponible

**Secrétariat Vacanciers**

- Patient valide le séjour aux conditions précisées.
- Séjour annulée par :  Patient    Centre d'origine    Autre .....
- Dossier demandé le : ..... Auprès de : .....