



A
Le.....

Madame,

Votre patient(e), M.....souhaiterait bénéficier d'une prise en charge dans notre unité de dialyse depour la période
Duau.....

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



DOSSIER VACANCIER AAIR MIDI PYRENEES
FICHE MEDICALE

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		Marque :	
Dose de charge (UI)		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	



DOSSIER VACANCIER AAIR MIDI PYRENEES
FICHE MEDICALE

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 : **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 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

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



*Service
Pharmacie*

LISTE DES DIALYSEURS

DENOMINATION	Membrane	Stéril.	Surf m2	UF
REXEED-18A, Asahi KASEI,	Polysulfone	Gamma	1,8	81
REXEED-21A, Asahi KASEI,	Polysulfone	Gamma	2,1	90
POLYFLUX 170 H, GAMBRO,	Polyamide	Vapeur	1,7	70
POLYFLUX 210 H, GAMBRO,	Polyamide	Vapeur	2,1	85
EVODIAL 1,6, HOSPAL,	AN 69	Gamma	1,6	50
BG-1,8U, TORAY,	PMMA	Gamma	1,8	35
BG-2,1U, TORAY,	PMMA	Gamma	2,1	43
FDX 180 GW, NIKKISO,	PEPA	Gamma	1,8	57
ELISIO 17H, NIPRO,	Polynephtron	Gamma	1,7	74
ELISIO 21H, NIPRO,	Polynephtron	Gamma	2,1	82
ELISIO 25H, NIPRO,	Polynephtron	Gamma	2,5	93
PHYLTER HF 17 SD	Polyphenylene	Vapeur	1,7	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 de la personne de confiance :