



Siège social : 73, rue des Navigateurs - CS 11018 - 97434 Saint-Gilles-les-bains  
Courriel : siege@aurar.fr  
Tél. : 02 62 45 76 10 - Fax : 02 62 45 68 88

## Dialyse et Vacances à l'île de La Réunion ?



1

### DEMANDE DE VACANCES

De : .....

Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

En provenance du **centre d'hémodialyse** de :

.....  
.....

*Découvrez nos centres grâce à la visite virtuelle  
et l'espace Vacances dialyse sur notre site*

**www.aurar.fr**



Cadre réservé  
AURAR

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

## PIÈCES À FOURNIR

- Notre dossier de renseignements dûment complété (ci-après)
- Attestation Sécurité Sociale à jour de l'ALD
- Pièce d'identité
- Sérologies (HIV, hépatites B, C) datant de moins de 6 mois
- Bilan biologique complet
- Carte de groupe sanguin
- Ordonnance du traitement personnel
- Dossier médical complet fourni par le centre signé par le néphrologue

Veillez trouver ci-après les pièces à fournir nécessaires pour la création de votre dossier :

A réception de ces pièces, et après décision du néphrologue, une réponse vous sera retournée dans les plus brefs délais.

Une confirmation vous sera adressée une semaine avant votre venue vous précisant le jour et l'heure de votre dialyse.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



# Vacances

**Adresse** du lieu de vacances : .....

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu : .....

.....

**Adresse** du lieu de vacances : .....

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu : .....

.....

**Adresse** du lieu de vacances : .....

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu : .....

.....

**Adresse** du lieu de vacances : .....

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu : .....

.....



# Renseignements de prise en charge

## IDENTITE DU PATIENT

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Nom de jeune fille :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Adresse :** .....

.....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone :** ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**Mobile :** ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**Adresse électronique :** .....

## INFORMATIONS DE PRISE EN CHARGE

**Bénéficiaire :**  Assuré(e)  Conjoint

**Nom de l'assuré(e) :** .....

**Nom du bénéficiaire :** .....

**Date de naissance de l'assuré(e) si différente du bénéficiaire :** ..... / ..... / .....

**N° de Sécurité Sociale :** .....

**Nom et Adresse de l'organisme d'assurance maladie :** : .....

.....

.....





# Renseignements de prise en charge

## PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Lien avec le patient : .....

## CORRESPONDANTS MEDICAUX

Nom du Néphrologue : ..... Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom du médecin traitant : ..... Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

## COORDONNEES DU CENTRE DE DIALYSE HABITUEL

Centre : .....

Centre lourd     UDM     Autodialyse     Dialyse péritonéale

Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....    Fax : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....    Ville : .....

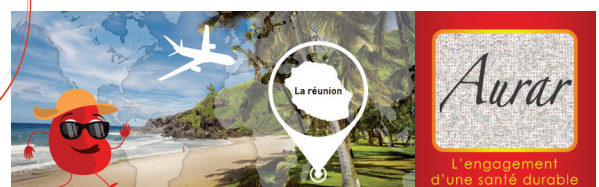
## DIALYSE

Jours de dialyse souhaités :  LMV     MJS

Horaires souhaités :  Matin     Après-midi     Soir

Autonomie :  gestion générateur ..... (marque du générateur)

ponction



# Renseignements de prise en charge

## ABORD VASCULAIRE

- Fistule artério-veineuse     Droite     Gauche    Site : .....
- Aiguilles                       Cathlons                       Biponction                       Uniponction
- Cathéter                                       Biponction                       Uniponction
- Cathéter de DP

## GREFFE

**Patient(e)** inscrit(e) :                       OUI     NON

**Centre** de transplantation : .....

## COMMENTAIRE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

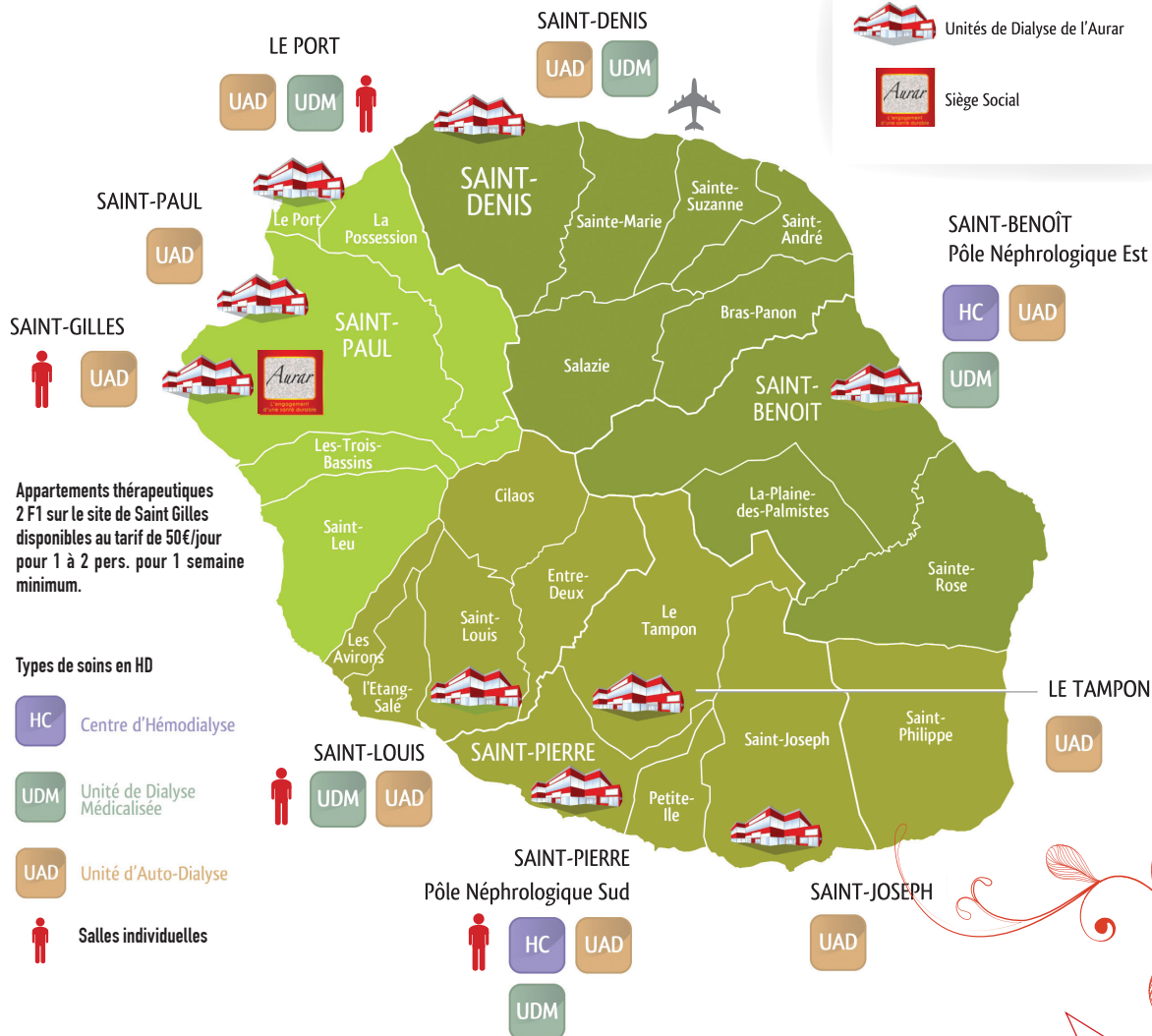
**Date** : ..... / ..... / .....

**Signature** :



# NOTRE OFFRE DE SOINS

## Sur l'île de la Réunion



Nous avons des accords avec le TAMA Hôtel\*\*\* et des prix négociés toute l'année. Retrouvez sur [www.aurar-dialyse.fr](http://www.aurar-dialyse.fr) nos partenaires référencés.

**15 néphrologues à votre écoute avec l'accord de votre médecin référent.**

**Etablissement de santé privé certifié par la Haute Autorité de Santé, en octobre 2012 (V3) sans réserve ni recommandation.**

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site de l'association

**[www.aurar-dialyse.fr](http://www.aurar-dialyse.fr)**

