



Centre d'Hémodialyse de l'Archette

DOSSIER VACANCIER

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de séjour, veuillez trouver ci-joint un dossier (x feuillets) à compléter et à nous renvoyer avant votre séjour.

Chaque rubrique doit être rigoureusement renseignée. Le dossier doit être daté, signé et porter le cachet de votre Néphrologue.

Afin d'orienter votre réservation, nous vous demandons de bien préciser la ville de votre résidence de vacances.

La réservation sera effective après étude de votre dossier dans la mesure où celui-ci ne présente pas de contre-indications et en fonction de nos possibilités d'accueil. Un accord de principe vous sera donné par téléphone, une confirmation sera faxée à votre Centre de référence.

Dans l'espoir de pouvoir répondre à votre demande, veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Nathalie MOULINS
Cadre de Santé
Centre d'Hémodialyse de l'Archette



Centre d'Hémodialyse de l'Archette

DOSSIER VACANCIER

FICHE ADMINISTRATIVE

Les séances de dialyse ne pourront être programmées si les items ne sont pas entièrement complétés et les pièces justificatives jointes.

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Centre de dialyse habituel :

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

Centre de rattachement si patient traité hors Centre :

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

Date de dernière dialyse dans votre structure habituelle : ____ / ____ / ____

Date de retour dans votre structure habituelle : ____ / ____ / ____

Adresse du lieu de vacances : _____

Tél. pendant les vacances (obligatoire) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Coordonnées de votre Médecin Traitant (désigné auprès de votre caisse) :

_____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Personne à prévenir : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Personne de confiance :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____



Centre d'Hémodialyse de l'Archette

DOSSIER VACANCIER

FICHE DE LIAISON MEDICALE

Etablie par votre Néphrologue

NOM : _____ PRENOM : _____

Mode de dialyse habituel : Centre UDM Autodialyse Domicile

Autonomie :

- Mode de transport habituel : VP TAP/VSL Ambulance
- Déplacements : Autonome Canne(s) Fauteuil
- Points de ponction : Autonome IDE

Type d'épuration :

- HD
- HDF

Pré Dilution Post Dilution Débit de réinjection : _____

Durée des séances : _____ Fréquence : _____ Jours : _____

Poids de base : _____ kg Dialyseur : _____

Voie d'abord :

Cathéter Verrou : _____ Artère : _____ ml Veine : _____ ml

Fistule Type : _____ Localisation : _____

Calibre aiguille artère : _____ Calibre aiguille veine : _____

Vitesse de pompe à sang : _____ ml/min

Bain de dialyse :

- Na _____ mmol/l Ca _____ mmol/l RA _____ mmol/l
- Glucose _____ mmol/l
- Magnésium _____

Héparinisation :

Héparine Standard Charge _____ UI Continue _____ UI

HBPM Charge _____ UI Discontinue _____ UI

Autre _____ 2^{ème} dose _____ UI

Prise de poids moyenne : _____ litres

Incidents au cours de séances :

Observations particulières :



Centre d'Hémodialyse de l'Archette

DOSSIER VACANCIER

(Suite)

FICHE DE LIAISON MEDICALE

Etablie par votre Néphrologue

NOM : _____

PRENOM : _____

Allergies :

- **Agent stimulant l'Erythropoïèse (la délivrance des produits est assurée par notre service) :**

• Type : _____

• Dose séance : _____

• Voie : IV Sous-cutanée

• Fréquence : _____

Si par quinzaine ou mensuelle, merci de nous préciser la date de la dernière injection dans votre Centre avant son départ en vacances : _____ / _____ / _____

- **Fer (la délivrance des produits est assurée par notre service) :**

• Type : _____

• Dose séance : _____

• Fréquence : _____

Si par quinzaine ou mensuelle, merci de nous préciser la date de la dernière injection dans votre Centre avant son départ en vacances : _____ / _____ / _____

- **Autres traitements en séance :**

- **Traitements personnels à prendre pendant la séance (le patient devra être en mesure de les apporter) :**

Anticoagulants oraux : OUI NON Si OUI, lesquels : _____

Antécédents :

Problèmes médicaux en cours :

Bilans biologiques particuliers à suivre :



Centre d'Hémodialyse de l'Archette

DOSSIER VACANCIER

(Suite)

FICHE DE LIAISON MEDICALE

Etablie par votre Néphrologue

NOM : _____

PRENOM : _____

Inscription sur liste de greffe : OUI NON Si OUI, Centre de transplantation : _____

Sérologies de moins de 6 mois :

- Ag HBs _____ Ac HBs _____ mU/l Date : _____ / _____ / _____
 - Patient vacciné : OUI NON
- Ac HCV _____ Date : _____ / _____ / _____ PCR si +
- Ag HIV _____ Date : _____ / _____ / _____

Patient porteur d'une BMR : OUI NON

Groupe sanguin : _____

Particularités transfusionnelles : Compatibilisés
 CMV –
 Autres

Afin d'améliorer la prise en charge de votre patient, merci de nous transmettre tout élément nouveau d'ordre médical pouvant survenir d'ici la prise en charge dans notre établissement

Fait à _____

Le : _____ / _____ / _____

Signature et cachet du Néphrologue (obligatoire)

Les pièces justificatives nécessaires à l'enregistrement de votre séjour :

- Copie de l'attestation papier de Sécurité Sociale avec des droits à 100% en cours de validité
- Copie d'une pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour ou permis de conduire)
- Copie de votre carte de groupe sanguin, valide avec deux déterminations
- Pour les patients étrangers :
 - Copie de la carte européenne
 - Justificatif de domicile

Documents indispensables à l'arrivée du patient :

- Copie des 3 dernières séances de dialyse
- Actualisation du dossier : prescription de dialyse et traitement en cours
- Dernière radio pulmonaire et ECG
- Dernier bilan sanguin complet



Centre d'Hémodialyse de l'Archette

DOSSIER VACANCIER

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____, Néphrologue exerçant
_____ atteste que :

M _____ peut être pris(e) en charge pendant son
séjour en vacances dans votre région,

Dans une Unité d'Autodialyse

- Pas de présence ni de passage du Médecin Néphrologue à chaque séance
 - Patient formé à l'autodialyse simple OUI NON
- OU
- Patient en dialyse assistée nécessitant l'assistance d'un IDE pour certains gestes OUI NON
 - Une consultation avec un Médecin Néphrologue est possible
 - En cas de nécessité, un repli en Centre de Dialyse sera organisé en fonction des capacités d'accueil. Un rapatriement pourra être envisagé avant la fin du séjour.

Dans une Unité de Dialyse Médicalisée

- La visite d'un Médecin Néphrologue a lieu une à deux fois par semaine en fonction des besoins médicaux du patient
- Tous les actes nécessaires à la réalisation de la séance sont accomplis par le personnel de santé
- Une consultation avec un Médecin Néphrologue est possible
- En cas de nécessité, un repli en Centre de Dialyse sera organisé en fonction des capacités d'accueil. Un rapatriement pourra être envisagé avant la fin du séjour.

Dans un Centre d'Hémodialyse

- Présence en continu d'un Médecin Néphrologue
- Tous les actes nécessaires à la réalisation de la séance sont accomplis par le personnel de santé et en présence, au cours de la séance, d'au moins un infirmier.

Vous pouvez cocher plusieurs lieux de dialyse

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du Néphrologue



Centre d'Hémodialyse de l'Archette

DOSSIER VACANCIER

Le ____ / ____ / ____ vous nous avez fait une demande de prise en charge pour votre patient(e)

M _____ pour ____ séances

Du ____ / ____ / ____ Au ____ / ____ / ____

Nous vous informons être en mesure de l'accueillir au sein du Centre :

Cordialement,

Nathalie MOULINS
Cadre de Santé
Centre d'Hémodialyse de l'Archette