

UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE

Clinique Mutualiste de Lesparre
64, rue Aristide Briand 33340 Lesparre

Secrétariat : 05 56 73 10 97

Fax : 05 56 73 22 41

Cadre de santé (M. EPEE) : 05.56.73.22.53

IDE Coordinatrice (Mme FAYOL) : 05 56 73 10 32 (du lundi au vendredi de 9h à 17h)

Mail sécurisé pour les professionnels de santé : dialyse.cliniquemedoc@sante-na.fr

Fait à, le

Madame, Monsieur,

Afin de traiter votre demande de séjour dans notre UDM à Lesparre du au

Vous trouverez ci-joint le questionnaire médical à compléter par votre centre. Afin d'étudier votre demande, merci également de nous transmettre les pièces ci-dessous :

- carte de groupe sanguin,
- personne de confiance,
- dossier médical (histoire de la maladie, ATCD, traitement)
- prescriptions,
- dernières sérologies de moins de 3 mois,
- derniers bilans sanguins,
- écho-doppler FAV
- ECG.

Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

Veillez croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Mme Maeva FAYOL
Ide Coordinatrice

QUESTIONNAIRE MEDICAL

IMPORTANT :

Ce questionnaire doit être signé de votre médecin même si vous avez déjà séjourné dans cette unité.

Pour que nous puissions vous prendre en charge vous devez impérativement le retourner au minimum DEUX mois avant votre séjour

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone(s) :

Adresse :

.....

.....

Caisse d'Assurance Maladie :

IMPORTANT : Adresse de la Caisse :

.....

N° d'immatriculation :

JOINDRE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURE SOCIAL ou CEAM (carte européenne d'assurance maladie) en cours de validité.

Néphropathie d'origine :

.....

Date de la première dialyse :

.....

Lieu de traitement habituel :

.....

CENTRE LOURD UDM AUTODIALYSE

.....

Nom du médecin responsable :

.....

Adresse du centre :

.....

Téléphone :

.....

Adresse de vacances :

.....

Téléphone(s) :

.....

Mode de transport dialyse :

.....

Nom et téléphone du transporteur :

.....

Dates du séjour :

.....

Nombres de séances prévues :

.....

Nom patient :

BAIN

Na : K : Ca : RA :

FILTRE

Type : Autres membranes :

AIGUILLES

Marque :

Type : 15 G 16G 17 G

HEPARINE

Ordinaire

Bas poids moléculaire

Marque :

PROTOCOLE

Dose charge

Dose entretien T

Continue

ACCES AUX VAISSEAUX

Type :

Ponctions :

uniponcture

biponcture

droit

gauche

PROBLEMES POSES PAR CET

ABORD:

.....

.....

.....

DIALYSE

Rythme et durée des séances : X heures

Poids de base : Gradients interdialytiques

Pression artérielle habituelle :

Débit sanguin :

Allergie(s) :

.....

UF maxi :

En cours de séance :

Pression veineuse : TA :

Effets aderses éventuels : hypovolémie vomissements céphalées crampes

Signature du néphrologue :

Nom patient :

Traitements en cours de séances

Posologie :

fer/30ccNacl SE :

EPO IV :

UN ALFA IV :

STATUT SEROLOGIQUE

Situation vis à vis de l'hépatite B

Ag-Hbs :date :Ac anti-Hbs :date :

Sérologie HCV :date :

Sérologie HIV :date :

Groupe sanguin (joindre photocopie) :

INSCRIPTION SUR UN PROGRAMME DE TRANSPLANTATION :

.....

TRAITEMENT MEDICAL :

.....

.....

.....

.....

PROBLEMES PARTICULIERS

En ce cas un courrier de votre médecin est indispensable

En cours de dialyse :

.....

.....

Médicaux et généraux :

.....

.....

Signature du néphrologue :

Attestation de la(non) désignation d'une « personne de confiance »
(partie à remplir et à remettre pour conservation dans votre dossier)

Je, soussigné(e),.....ne souhaite pas désigner de
personne de confiance. (1)

Je
soussigné(e),.....désigne.....
.....
.....
(Préciser le liant vous unissant avec cette personne) en qualité de personne de confiance. (1)

A.....le.....

Signature :

(1) Rayer la mention inutile