

DIALYSE ET VACANCES

Madame, Monsieur,

Vous comptez séjourner dans notre région et souhaitez être pris(e) en charge dans une unité de d'hémodialyse de l'AGAHTIR.

L'établissement dispose de 3 unités susceptibles de pouvoir vous accueillir :

Unité d'autodialyse assistée
25 rue Barbéris
06300 Nice

Unités d'autodialyse assisté et
de dialyse médicalisée
Centre Hospitalier de Grasse
28 Chemin de Clavary
06130 Grasse

Unité d'autodialyse assistée
L'Olympia
601 avenue de Fréjus
06210 Mandelieu La Napoule

Une équipe d'infirmiers(ères) diplômé(e)s d'Etat compétente en hémodialyse assure l'installation du matériel, la ponction de l'abord vasculaire et le bon déroulement de la dialyse. Les séances d'hémodialyse se déroulent sans la présence continue d'un médecin néphrologue, néanmoins il peut être consulté si besoin.

Afin que le dossier soit complet, merci de nous faire parvenir les documents suivants à l'adresse mail secretariat@agahtir.fr ou par fax au 04.93.56.52.50 :

- Les informations administratives
- Les informations médicales (à remplir par votre néphrologue)
- Le traitement médical personnel
- Le résultat des sérologies de moins de 3 mois
- Le certificat médical de prise en charge en unité d'autodialyse assistée
- Le formulaire de consentement éclairé
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance
- Une copie de la pièce d'identité
- Une attestation de prise en charge de la sécurité sociale de l'année en cours ou une copie de la carte européenne à jour si vous résidez dans l'union européenne

A réception du dossier, et après décision du néphrologue, une réponse à votre demande de prise en charge vous sera adressée dans les plus brefs délais.

Vous devrez confirmer votre séjour 2 semaines avant votre arrivée, les jours et horaires de séance vous seront alors communiqués.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Tél : Mobile :

Personne à prévenir : Tel :

Assuré(e) : Caisse d'assurance maladie :

Numéro de sécurité sociale :/.....

Centre de dialyse d'origine :

Tel : Fax :

Date de la dernière séance avant le départ en vacances :

Adresse du lieu de vacances :

.....

Date de séjour : du au :

Unité souhaitée : Nice Grasse Mandelieu

Série souhaitée : Lundi, mercredi, vendredi Mardi, jeudi, samedi

INFORMATIONS MEDICALES

Nom : Prénom :

Néphropathie initiale :

Antécédents :

.....

.....

Date de mise en dialyse :

Degré d'autonomie : Autonome Se déplace avec aide Dépendant

Paramètres de dialyse

Fréquence hebdomadaire des séances : Durée :

Bain de dialyse Na : K : Ca : Gluc :

Conductivité Na :

Conductivité HCO₃ :

Dialyseur :

Débit sanguin :

Abord vasculaire :

Gauche Droit

Type d'aiguille : 17G 16G 15G

Uniponcture Oui Non

Poids de base :

Prise de poids moyenne :

Tension avant dialyse :

Tension après dialyse :

Chute tensionnelle intradialytique Oui Non

Héparine standard Dose de charge : Dose d'entretien :

HBPM : Dose :

EPO : Posologie : Date de la dernière injection :

Fer : Posologie : Date de la dernière injection :

Autre : Posologie : Date de la dernière injection :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur, Néphrologue, atteste que :

M./Mmepeut être pris(e) en charge

pendant son séjour dans votre région :

dans une unité d'autodialyse assistée (sans présence continue du Médecin Néphrologue)

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.

Fait à, le / /.....

Signature et Cachet du médecin

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

« En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, 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 ».

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le/...../..... à

Adresse :

.....

Souhaite désigner une personne de confiance (soit en l'absence de première désignation, soit en lieu et place de la personne désignée précédemment) :

M., Mme,

Nom : Prénom :

Né(e) le/...../..... à

Adresse :

.....

Téléphone :

Lien avec la personne de confiance (parent, proche, médecin traitant) :

Je souhaite que la personne de confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

Oui

Non

Souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner une nouvelle.

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Fait à, le

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE EN UNITE D'AUTODIALYSE

Je soussigné(e) NOM Prénom, né(e) le/...../.....
donne mon accord pour être pris(e) en charge médicalement par l'AGAHTIR.

J'autorise que des examens complémentaires et des prélèvements sanguins réguliers (y compris sérologies VIH et VHC) soient réalisés dans le cadre des soins accomplis au sein de la structure.

Je m'engage à respecter les règles relatives au bon fonctionnement du service.

Je donne mon accord à l'AGAHTIR pour recueillir et utiliser mes données personnelles à des fins exclusivement administratives et médicales.

Si nécessaire et en cas d'urgence seulement, j'autorise l'AGAHTIR à prévenir la(les) personne(s) suivante(s) :

Mme/M.

Lien de parenté

Téléphone

Mme/M.

Lien de parenté

Téléphone

Date :

Signature : (avec la mention « lu et approuvé »)