

## 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.mssante.fr](mailto:secretariat@agahtir.mssante.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.

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, AGAHTIR en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations pour la création et la gestion du dossier du patient souhaitant une prise en charge en dialyse durant un séjour (vacances) et dans le cadre de l'obligation légale. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : personnes intervenant dans la gestion administrative et la gestion des soins des patients. Les données sont conservées pendant 10 ans. Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union-Européenne. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous avez la possibilité d'organiser le sort de vos données après le décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGPD interne par courriel à [dpo@agahtir.fr](mailto:dpo@agahtir.fr), sur place ou par courrier postal à AGAHTIR – 3 ZI la Vallière 06730 Saint André de la Roche. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

## 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 HCO<sub>3</sub> : .....

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./Mme .....peut 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

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, AGAHTIR en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour désigner la personne de confiance qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin et dans le cadre de l'obligation légale. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : personnes intervenant dans la gestion administrative et la gestion des soins des patients. Les données sont conservées pendant 10 ans. Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union-Européenne. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous avez la possibilité d'organiser le sort de vos données après le décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGD interne par courriel à [dpo@agahtir.fr](mailto:dpo@agahtir.fr), sur place ou par courrier postal à AGAHTIR – 3 ZI La Vallière 06730 Saint André De La Roche. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

## 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.

Pour des raisons de sécurité et de qualité de ma prise en charge, je donne mon accord pour l'intégration de ma photographie au sein de mon dossier médical informatisé. **En cas de refus, cochez la case ci-contre**

Je donne mon accord aux professionnels habilités de l'AGAHTIR pour alimenter « mon espace santé ». **En cas de refus, cochez la case ci-contre**

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 »)

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016, AGAHTIR en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour recueillir le consentement éclairé du patient pour la prise en charge en unité d'autodialyse et dans le cadre de l'obligation légale. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : personnes intervenant dans la gestion administrative et la gestion des soins des patients. Les données sont conservées pendant 10 ans. Les données ne sont pas transférées en dehors de l'Union-Européenne. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous avez la possibilité d'organiser le sort de vos données après le décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'équipe RGD interne par courriel à [dpo@agahtir.fr](mailto:dpo@agahtir.fr), sur place ou par courrier postal à AGAHTIR – 3 ZI la Vallière 06730 Saint André de la Roche. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*