

FORMULAIRE de demande d'inscription à la dialyse en vacances à Veurne

H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw Wilgenstraat 2 8800 Roeselare tel. 051 23 71 11 fax 051 23 70 60 e-mail: info@hhr.be www.hhr.be/	Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman vzw Briekestraat 12 8900 Ieper tel. 057 35 35 35 fax 057 35 36 37 e-mail: informatie@yperman.net www.yperman.net/	AZ Sint-Augustinus Veurne Ieperse Steenweg 100 8630 Veurne tel. 058 33 31 11 fax 058 33 30 11 e-mail: info@azsav.be www.azsav.be/
---	---	--

L' hémodialyse en vacances

Centre d' autodialyse collective à Veurne

Klinieklaan 1, B-8630 Veurne

Tel. 00 32 (0)58 33 38 20 of 00 32 (0)58 33 31 11 – Fax 00 32 (0)58 33 38 24

E-mail: cad@azsav.be

Chère Madame, cher Monsieur,

Veillez renvoyer ce formulaire dûment rempli au moins 4 semaines avant votre première dialyse de vacances, à l'adresse CAD Veurne – Klinieklaan 1 – B- 8630 Veurne, ou par fax au numéro 00 32 (0)58 33 38 24

1^{ière} partie: **DONNÉES à REMPLIR PAR LE PATIENT**

A. Données personnelles

Nom (nom de fille)	Prénom:
Rue:	Numéro:
Code postal:	Commune:
Pays:	Nationalité:
Numéro de téléphone:	Portable:
E-mail:	Date de naissance:
Langue maternelle :	

Veillez ajouter une copie de votre carte d' identité (les 2 cotés svp)

B. Votre centre de dialyse actuel

Nom du centre de dialyse :	
Commune:	Pays:
Numéro de téléphone:	Fax:
E-mail:	
Médecin traitant:	

C. Informations concernant les vacances :

Rue de votre lieu de vacances :	
Code postal :	Commune:
Numéro de téléphone:	
La première dialyse le :	
La dernière dialyse le :	
De préférence	<input type="checkbox"/> Le matin Lundi / Mercredi/ IVendredi
	<input type="checkbox"/> L'après-midi Lundi / Mercredi/ IVendredi
	<input type="checkbox"/> Le matin Mardi/ Jeudi/ Samedi
Mais pour raisons d'organisation on peut vous proposer une autre séance de dialyse.	
Qui doit être averti en cas de difficultés pendant vos séances de dialyse à Furnes ? (Nom, adresse, numéro de téléphone)	

D. Données de votre Mutualité / Assurance

<i>Pour les Belges :</i>
Nom + Numéro de Mutualité (Carte-SIS):
Nom titulaire :
Numéro d'inscription + code
Vignette à coller (mutualité)
<i>Pour les étrangers :</i> <u>Envoyer</u> le formulaire E112 et la carte Eurocross s.v.p

E. Transport

Le centre fournit lui-même la mise en service de moyens de transport au départ et vers le centre de dialyse de Veurne (Furnes) et cela via l'assurance-maladie du patient.
--

2^{ème} partie: DONNÉES à REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN

PATIENT(E): Mr, Mme	
Diagnose rénale:	
Problèmes récents / complications pendant la dialyse:	
Date de la première dialyse à votre centre:	
Autre diagnoses / données médicales essentielles (diabète, pacemaker, hypertension artérielle, problèmes cardiaques,...)	
Groupe sanguin:	Rhésus :
Anticorps irréguliers :	
Allergies (antibiotiques, autres médicaments, produits de contraste, autres...):	
Médicaments pendant la dialyse :	
EPO: (marque, dose, manière d'administration): <u>doit être apportée par la/le malade de la pharmacie de son propre centre de préférence !</u>	
Neorecormon est ici disponible.	
Fer:	
Vitamines:	
Autres:	

Anticoagulation :	
Héparine, Fraxiparine, Clexane, Fragmin, Citrate, Imnohep, autres	
Dose de départ:	
Dose d'entretien :	
<input type="checkbox"/>	Intermittente
<input type="checkbox"/>	Continue

Abord vasculaire:			
Fistule artérioveineuse	Native / synthétique		
	Position:		
	Unipuncture / bipuncture		
	Aiguille / cathéter	Diamètre: (Gauge):	
Cathéter de dialyse	Type:		
	Position:		
	Simple / double lumen :		
	Comment remplir le cathéter après dialyse?		
	<input type="checkbox"/>	Heparine pure	volume:
	<input type="checkbox"/>	Heparine diluée	volume:
	<input type="checkbox"/>	Citrate (30%)	volume:
	<input type="checkbox"/>	Autres	volume:
Candidat à la greffe rénale:		<input type="checkbox"/> Oui	
Centre de transplantation:		<input type="checkbox"/> Non	

Nom du médecin, date, signature, fax, e-mail: