

Limoges, le

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre demande de séjour concernant :

M... ..

à l'unité de dialyse de ... ..

pour la période du... ..

Nous vous prions de bien vouloir nous retourner, par courrier ou par fax, les pièces jointes à ce courrier dûment complétées, **le plus rapidement possible**, ainsi que :

- une attestation médicale sur les modalités actuelles de traitement du patient
- le dernier bilan sanguin et les dernières sérologies
- la fiche technique du dialyseur utilisé
- la photocopie de la carte de Sécurité Sociale
- la photocopie de la carte de groupe sanguin
- la synthèse clinique (antécédents)

**LA FICHE DE LIAISON DOIT ETRE IMPERATIVEMENT SIGNEE PAR LE MEDECIN**

Nous vous accuserons réception du dossier complet et vous préciserons alors nos possibilités d'accueil.

Nous vous rappelons que les textes n'autorisent plus le passage dans l'unité d'autodialyse de patients habituellement traités dans une unité de dialyse médicalisée, ceci pour des raisons de sécurité.

**Nous vous précisons que nous ne disposons pas d'unité spécialement dédiée aux vacanciers. La priorité d'accueil est donnée aux patients locaux. De ce fait, nous pouvons être contraints de modifier vos conditions de séjour, ainsi que le site de traitement.**

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

**Dr Christian LAGARDE**  
Chef de service

**P.S : En 2006, nous avons été amenés à traiter environ 300 dossiers pour des demandes de vacances de patients ; plus de 50% de ces dossiers se trouvaient être incomplets. Nous avons dû relancer à plusieurs reprises les unités pour obtenir des prescriptions correctes, ce qui est pour nous une perte de temps. De ce fait, POUR TOUT DOSSIER INCOMPLET, AUCUNE SUITE NE POURRA ETRE ENVISAGEE.**

**FICHE ADMINISTRATIVE**

\*\*\*\*\*

**A.L.U.R.A.D.**

Avenue du Buisson

B.P. 93817

87038 LIMOGES cedex 1

Tél. 05.55.43.17.40

Fax : 05.55.05.22.36

**Séjour du** : \_\_\_\_\_

**au** : \_\_\_\_\_

**Centre ou unité de** : \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° Sécurité Sociale :

\_\_\_\_\_

Nom et Adresse de la Caisse de S.S. :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*

Adresse du Centre de dialyse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél du centre : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Néphrologue responsable : \_\_\_\_\_

Adresse Période de Vacances : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Dialysé(e) depuis le \_\_\_\_\_

Centre

U.D.M.

Entraînement

Autodialyse

Domicile

Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

**(a) PROTOCOLE DE DIALYSE**

\*\*\*\*\*

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN RESPONSABLE**

Générateur \_\_\_\_\_ Dialyseur \_\_\_\_\_  
 Type de membrane : \_\_\_\_\_

Dialysat : Na<sup>+</sup> \_\_\_\_\_ K<sup>+</sup> \_\_\_\_\_ Courbe sodium  oui  non  
 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> \_\_\_\_\_ Ca<sup>2+</sup> \_\_\_\_\_ Courbe UF  oui  non  
 T° bain \_\_\_\_\_ Glucose \_\_\_\_\_

Jours de dialyse :  L, M, V  M, J, S  
 \_\_\_\_\_ séances par semaine de \_\_\_\_\_ heures

Anticoagulant : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Poids sec : \_\_\_\_\_ Prise de poids moyenne . \_\_\_\_\_

T.A. Avant \_\_\_\_\_ Après \_\_\_\_\_

Abord vasculaire :  
 Fistule  Cathéter  Autres : \_\_\_\_\_  
 Débit sang : \_\_\_\_\_ Site : \_\_\_\_\_

Diam. Aiguilles : A : \_\_\_\_\_ V : \_\_\_\_\_  
 Uniponction  Biponction

Date et heure de la dernière dialyse effectuée dans le centre habituel avant le séjour :  
 .....

Date et heure de la première dialyse effectuée dans le centre habituel après le séjour :  
 .....

**TOUE FICHE DE LIAISON INCOMPLETE OU MAL REMPLIE  
 ENTRAINERA UN REFUS D'ACCUEIL**

**NOM :**

**Prénom :**

**(b) FICHE MEDICALE**

\*\*\*\*\*

Antigène Hbs \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

Anticorps Hbs \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

Anticorps Hbc \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

Hépatite C \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

HIV \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

Inscrit sur une liste de transplantation

oui

non

Traitement suivi

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Problèmes en cours de dialyse et autres problèmes médicaux

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autres renseignements

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Allergies connues

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A

le

**Docteur** \_\_\_\_\_

(Signature et tampon)

Veillez joindre : le dernier bilan, dernières sérologies  
 la fiche technique du dialyseur utilisé  
 la photocopie de la carte de Sécurité Sociale  
 la photocopie de la carte de groupe sanguin

**EN CAS DE DESISTEMENT, VEUILLEZ NOUS AVERTIR DES QUE POSSIBLE MERCI.**

**PRESCRIPTION E.P.O.**

Nom du prescripteur : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Erythropoïétine :

Dose :

Injection / semaine :

Voie administration :       IV       SC

Date :

Signature du médecin

**La spécialité retenue au livret pharmaceutique pour l'hémodialyse est l'ARANESP.  
L'équivalence de dosage est validée par le médecin du site sur la base de 200 UI /  $\mu$ g**

**Cadre réservé au médecin de l'ALURAD**