

Formulaire de demande pour une hémodialyse en vacances à Furnes

Hémodialyse en vacances

Autodialyse Collective Furnes

Klinieklaan 1 8630 Veurne/Furnes

Tél. 00 32 (0)58 33 38 20 (lundi – mercredi - vendredi , 8h – 18h)

E-mail: cad@azwest.be

Coopération entre :

<p>AZ Delta Deltalaan 1 8800 Roeselare</p> <p>Tél. Dialyse : 051/23 38 98</p>  <p>www.azdelta.be</p>	<p>Centre hospitalier Jan Yperman Briekestraat 12 8900 Ieper/Ypres</p> <p>Tél. Dialyse : 057/35 61 41</p>  <p>www.yperman.net</p>	<p>AZ West Ieperse Steenweg 100 8630 Veurne/Furnes</p> <p>Tél. Dialyse : 058/33 38 20</p>  <p>www.azwest.be</p>
--	--	--

Bonjour Monsieur/Madame,

Je voudrais remplir tous les détails nécessaires au moins 4 semaines avant la première dialyse de vacances souhaitée et les envoyer au CAD Veurne par e-mail.

Quelques dispositions pratiques :

- CAD Veurne est un service de dialyse low care, c'est-à-dire que le médecin n'est pas présent quotidiennement. Les patients à haut risque ou hémodynamiquement instables ne peuvent pas être dialysés au CAD Veurne. Comme il n'y a pas d'ascenseur au CAD Veurne, les patients doivent être suffisamment mobiles pour pouvoir se peser seuls.
- Les centres de dialyse d'Ypres et de Roeselare sont des services de soins intensifs. Si le patient ne peut pas être dialysé au CAD Veurne, il est possible d'envisager une dialyse de vacances à Ypres ou à Roulers.
- Le dossier de vacances doit être en ordre pour que les séances de dialyse du patient puissent être programmées. Une fois le dossier reçu et évalué en bon ordre, toute confirmation du CAD Veurne suivra.
- Les résultats de laboratoire demandés (hépatite B et C, VIH, SARM, ERV, EPC) ne doivent pas remonter à plus de 6 semaines avant la première dialyse de vacances. Si le patient vient pendant plusieurs périodes de vacances, nous demandons que ce laboratoire soit régulièrement mis à jour au centre parent et transmis. Si plusieurs périodes de vacances en 1 an, un dossier complet n'est pas nécessaire à chaque fois. Pour la deuxième période, veuillez envoyer uniquement l'ordonnance de dialyse et la liste des médicaments.
- Pour tous les patients en vacances, une prise de sang sera effectuée lors de la 1ère dialyse de vacances.

PARTIE 1 : Données à remplir par le patient

A. Données personnelles

Nom:	Prénoms:
Rue:	N°:
Code postal:	Commune:
Pays:	Date de naissance:
Nationalité:	Langue :
Numéro de téléphone:	Portable:
E-mail:	Médecin généraliste:

Veuillez joindre une copie de votre carte d'identité (recto/verso svp)

B. Votre centre de dialyse actuel

Nom du centre de dialyse:	
Adresse:	N°:
Code postal:	Commune:
Pays:	Numéro de téléphone:
E-mail:	Fax:
Médecin traitant:	

C. Informations concernant votre séjour

Adresse de votre lieu d'hébergement:	
Adresse:	N°:
Code postal:	Commune:
Numéro de téléphone:	
Date première dialyse:	
Date dernière dialyse:	
De préférence	<input type="checkbox"/> Le matin Lundi/ mercredi/ vendredi
	<input type="checkbox"/> L'après-midi Lundi/ mercredi/ vendredi
Nous essayons de tenir compte de vos préférences, mais nous vous confirmerons une dizaine de jours avant votre séjour dans quel groupe vous serez prévu.	

D. Les contacts

Qui devons-nous informer en cas de difficultés lors de la dialyse?

Nom:	
Relation au patient (partenaire, parent, enfant, ...):	
E-mail:	
Numéro de téléphone:	Portable:
Nom:	
Relation au patient (partenaire, parent, enfant, ...):	
E-mail:	
Numéro de téléphone:	Portable:

E. Données de votre Mutualité / Assurance

Pour les Belges:
Nom + Numéro de Mutualité (Carte-SIS)
Vignette de mutuelle à coller :
Pour les étrangers: Veuillez joindre une copie de votre carte européenne d'assurance maladie et l'apporter le jour de la première dialyse s.v.p.

F. Transport

<p>0 Je viendrai au CAD Veurne avec un service d'ambulance</p> <p>0 J'assure mon propre transport (voiture personnelle, vélo, ...)</p> <p>Nous vous demandons d'organiser vous-même votre transport vers et depuis notre centre de dialyse.</p> <p>Si vous avez des questions, veuillez contacter notre service social au 058/33 34 51.</p> <p>Une attestation de transport peut être délivrée à votre demande.</p>

G. Consentement éclairé pour commencer un traitement d'hémodialyse à CAD Furnes

Moi, le soussigné

donne l'autorisation aux néphrologues de CAD Furnes à suivre un traitement d'hémodialyse à Ypres.

Je confirme que je suis au courant:

- du traitement proposé;
- les avantages et / ou inconvénients possibles du traitement;
- les problèmes possibles pendant la période de traitement et les complications possibles par ex. : une infection;
- les conséquences en cas d'arrêt du traitement..

Date: / /

Nom du patient ou son représentant légal:

Le représentant est (**marquer ce qui convient*):

- patient
- le représentant désigné par le patient
- administrateur sur la personne
- partenaire cohabitant
- enfant adulte
- parents
- frère / sœur adulte
- docteur

Date://.....

nom/signature docteur:

Signature:

H. Consentement éclairé pour l'administration de produits sanguins à CAD Furnes

Moi, le soussigné

donne aux néphrologues de CAD Furnes l'autorisation de procéder à une transfusion sanguine si cela est jugé médicalement nécessaire pendant mon traitement à Ypres:

Je confirme que je suis au courant:

- du traitement proposé;
- les avantages et / ou inconvénients possibles du traitement;
- les possibilité alternatives;
- les problèmes possibles pendant la période de traitement et les complications possibles telles qu'une infection;
- les conséquences possibles si le traitement ne continue pas.

Ce document est valable un an maximum à partir de la date de sa signature.

Date: / /

Nom du patient ou son représentant légal:

Le représentant est (**marquer ce qui convient*):

- patient
- le représentant désigné par le patient
- administrateur sur la personne
- partenaire cohabitant
- enfant adulte
- parents
- frère / sœur adulte
- docteur

Signature:

Date://.....

nom/signature docteur:

PARTIE 2 : Données à remplir par votre médecin

Nom Patient:	
Diagnostique rénale:	
Problèmes récents / complications pendant la dialyse :	
Date de la première dialyse dans votre centre:	
Autres diagnostics / antécédents médicaux pertinents (ex : Diabète, Pacemaker, hypertension, problèmes cardiaques...) Veillez joindre un rapport médical.	
Groupe sanguin:	Rh:
Anticorps irréguliers:	
Allergie (antibiotiques, autres médicaments, latex, contraste radiologique intraveineux iodé, reins artificiels, thrombocytopénie induite par l'héparine = TIH, pansements, désinfectants, nutriments, autres, ...)	
Médicaments pendant la dialyse	
EPO: apportez de votre centre en cas de vacances <1 mois (seul l'Aranesp est stocké au CAD Veurne si nécessaire) Donner pendant les vacances : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom: Dose: Fréquence: Voie d'administration:	
Fer (disponible dans notre centre Injectafer 2ml/100mg en Injectafer 5ml/500mg): Donner pendant les vacances : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom: Dose: Fréquence: Voie d'administration:	
Vitamines et autre médicaments (apportez de votre centre mère):	

A. Donnée de dialyse:

Nombre de dialyses par semaine :	Durée de la dialyse:..... heures minutes
Débit sanguin (Qb) (ml/min):	Débit du dialysat (Qd) (ml/min):
Hémodiafiltration: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> prédilution <input type="checkbox"/> postdilution	
Poids idéal:	Moyenne prise de poids interdialytique:
Max. ultrafiltratie (UF)par heure:	
Sodium-profil :	UF-profil:
Tension moyenne avant: / mmHg	Tension moyenne après: / mmHg
Anticoagulation Nom: Dose au début de dialyse: Dose supplémentaire pendant la dialyse: Thrombocytopénie induite par l'héparine (TIH): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

B. Composition du dialysat (mmol/L)

Potassium: mmol/l	Bicarbonate: mmol/l
Sodium: mmol/l	Calcium: mmol/l

C. Rein artificiel disponible à Ypres (veuillez indiquer le rein que nous sommes autorisés à utiliser avec votre patient):

	Rein artificiel	Marque	Type	Membrane	Surface
	FX 80	Fresenius	highflux	Helixone plus = polysulfone et PVP	1.8 m ²
	FX 800	Fresenius	highflux	Helixone plus = polysulfone et PVP	2 m ²
	FX 1000	Fresenius	highflux	Helixone plus = polysulfone et PVP	2.3 m ²
	Sureflux 19 UX	Nipro	highflux	Triacetaat	1.9 m ²
	Sureflux 21 UX	Nipro	highflux	Triacetaat	2.1 m ²
	Solacea 19 H	Nipro	highflux	Triacetaat	1.9 m ²
	Solacea 21 H	Nipro	highflux	Triacetaat	2.1 m ²

D. Voie d'accès vasculaire:

Fistule artérioveneuse	Location de l'accès:	
	Native / prothèse:	
	Unipuncture / bipuncture:	
	Aiguilles pointues / buttonhole:	
	Types disponibles : Aiguille de cathéter Nipro 15G x 1,25" pointue (1,9x32mm) / Aiguille de cathéter Nipro 15G x 1,25" émoussée (1,9x32mm) / Aiguille métallique Nipro 15G x 25mm pointue / Aiguille métallique Nipro 15G x 25mm émoussée	
	<u>Si des aiguilles spécifiques doivent être utilisées, veuillez les remettre au patient.</u>	
Cathéter de dialyse	Location du cathéter:	
	Simple / double lumen:	
	Le ver rou d'anticoagulant après dialyse?	
	<input type="checkbox"/>	Heparine (5.000 IE/ml) volume: A: ml V: ml
	<input type="checkbox"/>	Heparine diluée volume: A: ml V: ml Dilution:
	<input type="checkbox"/>	Citralock 46.7% volume: A: ml V: ml
	<input type="checkbox"/>	TauroLock™-U25.000 volume: A: ml V: ml
<input type="checkbox"/>	TauroLock™-HEP500 volume: A: ml V: ml	

E. Serologie:

Date de prélèvement 6 semaines avant le debut de vacances.			
Hépatite B surface Antigène	HBsAg	Date:	Résultat:
Hépatite B surface anticorps	Anti-HBs	Date:	Résultat:
Hépatite B core anticorps	Anti-HBc	Date:	Résultat:
Hépatite C anticorps	HCV-AL	Date:	Résultat:
Anticorps du virus de l'immunodéficience humaine	HIV-AL	Date:	Résultat:
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	MRSA	Date:	Résultat:
Entérocoques résistants à la vancoymycine	ERV	Date:	Résultat:
Entérobactéries productrices de carbapénémase	EPC	Date:	Résultat:

F. Info transplantation rénale:

Candidat d'une greffe rénale Oui (Centre de transplantation:)
 Non

G. Restriction thérapeutique - code "Ne pas réanimer" (DNR):

code DNR:
 code 0 = donner le max. des soins.
 code 1 = ne pas réanimer
 en cas d'arrêt circulatoire, pas de défibrillation, de massage thoracique ni de médicament
 en cas d'insuffisance respiratoire pas d'intubation ou de respiration artificielle
 seulement ventilation non invasive
 code 2 = ne pas prolonger le traitement (pas de transfert en soins intensifs)
 code W = testament (veuillez ajouter une copie s.v.p.)

H. Autres données médicales:

Joindre ECG & Rx thorax s.v.p. (maximum 6 mois)

Joindre les résultats de laboratoire s.v.p.

Veuillez joindre une lettre médicale (avec les antécédents médicaux)

Date:

Tampon néphrologue:

Signature néphrologue: