

## Aanvraagformulier Vakantie Hemodialyse in Veurne

### Vakantie Hemodialyse

Collectieve Autodialyse Veurne

Klinieklaan 1, 8630 Veurne

Tel. 00 32 (0)58 33 38 20 (ma - woe - vrij, 8u - 18u)

E-mail: [cad@azwest.be](mailto:cad@azwest.be)

### Samenwerking tussen:

<p><b>Jan Yperman Ziekenhuis</b> Briekestraat 12 8900 Ieper</p> <p>Tel. Dialyse: 057/35 61 40</p>  <p><a href="http://www.yperman.net">www.yperman.net</a></p>	<p><b>AZ West</b> Ieperse Steenweg 100 8630 Veurne</p> <p>Tel. Dialyse: 058/33 38 20</p>  <p><a href="http://www.azwest.be">www.azwest.be</a></p>	<p><b>AZ Delta</b> Deltalaan 1 8800 Roeselare</p> <p>Tel. Dialyse: 051/23 38 98</p>  <p><a href="http://www.azdelta.be">www.azdelta.be</a></p>
---	--	---

**Geachte heer/mevrouw,**

**Wil alle nodige gegevens minstens 4 weken vóór de eerste gewenste vakantiedialyse invullen en opsturen naar CAD Veurne via e-mail.**

### Enkele praktische afspraken:

- CAD Veurne is een low care dialyse dienst, d.w.z. dat de arts niet dagelijks aanwezig is. Hoog-risicopatiënten of hemodynamisch instabiele patiënten kunnen niet in CAD Veurne gedialyseerd worden. Daar er geen tilliften aanwezig zijn in CAD Veurne, dienen patiënten voldoende mobiel te zijn om zich zelfstandig te kunnen wegen.
- Dialysecentra Ieper en Roeselare zijn high care diensten. Als de patiënt niet in aanmerking komt voor dialyse in CAD Veurne, kan worden overwogen om vakantiedialyse in Ieper of Roeselare te voorzien.
- Het vakantiedossier dient volledig in orde te zijn vooraleer de dialysesessies van de patiënt kunnen worden ingepland. Nadat het dossier in goede orde is ontvangen en geëvalueerd, volgt eventuele bevestiging vanuit CAD Veurne.
- De gevraagde laboresultaten (Hepatitis B en C, HIV, MRSA, VRE, CPE) mogen niet ouder zijn dan 6 weken vóór de eerste vakantiedialyse. Zo de patiënt gedurende meerdere vakantieperiodes komt, vragen we om dit labo regelmatig up te daten in het moedercentrum en door te sturen. Indien meerdere vakantieperiodes in 1jaar is een volledig dossier niet telkens nodig, bij 2<sup>de</sup> periode enkel dialysevoorschrift en medicatielijst mailen a.u.b.
- Bij alle vakantiepatiënten zal bij de 1<sup>ste</sup> vakantiedialyse een bloedafname worden uitgevoerd.

## Deel 1: GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

### A. Persoonlijke gegevens

Naam:	Voornaam:
Straat:	Nr.:
Postnummer:	Gemeente:
Land:	Geboortedatum:
Nationaliteit:	Spreekta(a)l(en):
Telefoon:	GSM:
E-mail:	Huisarts:

Wil een kopie bijvoegen van uw identiteitskaart (voor- en achterzijde a.u.b.).

### B. Huidig dialysecentrum

Naam dialysecentrum:	
Straat:	Nr.:
Postnummer:	Gemeente:
Land:	Telefoon:
E-mail:	Fax:
Behandelend nefroloog:	

### C. Vakantie-inlichtingen

Vakantieadres:	
Straat:	Nr:
Postnummer:	Gemeente:
Telefoon:	
Eerste vakantiedialyse op:	
Laatste vakantiedialyse op:	
Voorkeur voor	<input type="checkbox"/> Voormiddag    Maandag / woensdag / vrijdag
	<input type="checkbox"/> Namiddag        Maandag / woensdag / vrijdag
We noteren uw voorkeur maar kunnen om organisatorische redenen niet garanderen dat dit zal lukken.	
<input type="checkbox"/> aankruisen indien u na dialyse een maaltijd wenst mee te nemen naar huis	
Aangepaste maaltijd (vb. diabeet, gemalen, ...):.....	

## D. Contactpersonen

Wie dienen we te verwittigen bij vragen / moeilijkheden tijdens uw vakantieperiode?

Naam:	
Relatie tot patiënt (partner, ouder, kind, ...):	
E-mail:	
Tel.:	GSM:
Naam:	
Relatie tot patiënt (partner, ouder, kind, ...):	
E-mail:	
Tel.:	GSM:

## E. Mutualiteits- of verzekeringsgegevens

<b>Voor Belgen:</b>
Naam + nummer mutualiteit:
Kleefvignet mutualiteit: Rijksregisternummer:
<b>Voor patiënten uit het buitenland:</b> Wil een kopie bijvoegen van uw Europese ziekteverzekeringskaart en <u>op de dag van de 1<sup>ste</sup> vakantiedialyse de kaart meebrengen a.u.b.</u>

## F. Vervoer (gelieve aan te kruisen)

<input type="checkbox"/> Ik kom met een ambulancedienst naar CAD Veurne
<input type="checkbox"/> Ik voorzie eigen vervoer (eigen wagen, fiets, ...)
We vragen u om zelf het transport van en naar ons dialysecentrum te regelen. Bij vragen kan u terecht bij onze Sociale Dienst op het nummer 058/33 34 51. Een vervoersattest kan worden afgeleverd op uw vraag.

## G. Informed consent voor opstarten van behandeling met hemodialyse in CAD Veurne

Ik, ondergetekende .....

geef aan de nefrologen van CAD Veurne toestemming voor behandeling met hemodialyse in CAD Veurne.

Ik bevestig dat ik op de hoogte ben van:

- de voorgestelde behandeling;
- de eventuele voor- en/of nadelen van de behandeling;
- de eventuele problemen tijdens de periode van behandeling en de mogelijke verwickelingen zoals een infectie;
- de mogelijke gevolgen indien de behandeling niet zal doorgaan.

**Datum:** ..... / ..... / .....

**Naam patiënt of wettelijke vertegenwoordiger:** .....

De ondergetekende is (\*aankruisen wat past):

- patiënt
- door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger
- bewindvoerder over de persoon
- samenwonende partner
- meerderjarig kind
- ouder
- meerderjarige broer / zus
- arts

**datum:** ...../ ...../.....

naam/handtekening arts:

**Handtekening:**

## H. Informed consent voor toediening van bloedproducten in CAD Veurne

Ik, ondergetekende .....

geef aan de nefrologen van CAD Veurne toestemming voor bloedtransfusie indien dit medisch nodig zou worden geacht tijdens mijn behandeling in CAD Veurne:

- Ik bevestig dat ik op de hoogte ben van:
  - de voorgestelde behandeling;
  - de eventuele voor- en/of nadelen van de behandeling;
  - de mogelijke alternatieven;
  - de eventuele problemen tijdens de periode van behandeling en de mogelijke verwickelingen zoals een infectie;
  - de mogelijke gevolgen indien de behandeling niet zou doorgaan.
- Dit document is maximum één jaar geldig vanaf datum van ondertekening.

**Datum:** ..... / ..... / .....

**Naam patiënt of wettelijke vertegenwoordiger:** .....

De ondergetekende is (\*aankruisen wat past):

- patiënt
- door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger
- bewindvoerder over de persoon
- samenwonende partner
- meerderjarig kind
- ouder
- meerderjarige broer / zus
- arts

**Handtekening:**

**datum:** ...../ ...../.....

naam/handtekening arts:

## Deel 2: GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND NEFROLOOG

<b>Naam PATIËNT:</b>	
Renale diagnose:	
Recente problemen / verwikkelingen tijdens dialyse:	
Datum eerste dialyse in uw centrum:	
Andere diagnoses / relevante medische voorgeschiedenis (o.a. diabetes, pacemaker, hypertensie, cardiale problemen, ...) <b>Gelieve brief (medisch verslag) bij te voegen.</b>	
<b>Bloedgroep:</b>	<b>Rhesus:</b>
Irreguliere antistoffen:	
<b>Allergie</b> (antibiotica, andere medicatie, latex, jodiumhoudend intraveneus radiocontrast, kunstnieren, heparine-geïnduceerde thrombocytopenie = HIT, verband, ontsmettingsstoffen, voedingsstoffen, andere, ...):	
<b>Medicatie tijdens hemodialyse:</b>	
<b>EPO:</b> zelf mee te brengen vanuit het moedercentrum (enkel Aranesp is zo nodig voorradig in CAD Veurne) Te geven tijdens vakantie: ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> Zo ja, productnaam: Dosis: Data waarop moet toegediend worden: IV of SC:	
<b>Ijzer (in CAD Veurne is Injectafer 2ml/100mg beschikbaar):</b> Te geven tijdens vakantie: ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> Zo ja, productnaam: Dosis: Data waarop moet toegediend worden: IV of PO:	
<b>Vitamines en eventuele andere medicatie (zelf mee te brengen vanuit moedercentrum):</b> <b>Graag de toedieningswijze vermelden (SC, IM, extracorporeel circuit ...)</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

Thuismedicatie hieronder invullen of als bijlage toevoegen								
Medicatie	Toedieningsweg (PO, SC, ...)	Tijdstip van inname						Opmerkingen
		8u	10 u	12u	16u	18u	20u	

➤ Zo inname van perorale anticoagulantia, streefwaarde van INR:

**A. Dialysegegevens:**

Aantal dialyses per week:	Dialyseduur: ..... uur ..... min
Bloedflow (QB) in ml/min:	Dialysaatflow (QD) in ml/min:
Hemodiafiltratie: <input type="checkbox"/> ja : <input type="checkbox"/> predilutie <input type="checkbox"/> postdilutie <input type="checkbox"/> nee	
Drooggewicht in kg:	Gemiddelde gewichtstoename in kg:
Max. ultrafiltratie (UF) in ml/uur:	
Natrium-profiel:	UF-profiel:
Gemiddelde bloeddruk voor: ..... / ..... mmHg	Gemiddelde bloeddruk na: ..... / ..... mmHg

**Anticoagulatie (Fraxiparine / Clexane beschikbaar)**  
**Naam:**  
**Dosis bij start dialyse:**  
**Extra dosis tijdens dialyse:**  
**Heparine-geïnduceerde thrombocytopenie (HIT):** ja  neen

**B. Dialysaatsamenstelling (mmol/L)**

<b>Kalium:</b>	<b>mmol/l</b>	<b>Bicarbonaat:</b>	<b>mmol/l</b>
<b>Natrium:</b>	<b>mmol/l</b>	<b>Calcium:</b>	<b>mmol/l</b>

**C. Kunstnieren beschikbaar in CAD Veurne (graag aanduiden welke nier we mogen gebruiken bij uw patiënt):**

	<b>Kunstnier</b>	<b>Merk</b>	<b>Type</b>	<b>Membraan</b>	<b>Opper- vlakte</b>
	FX 80	Fresenius	highflux	Helixone plus= polysulfone en PVP	1.8 m2
	FX 800	Fresenius	highflux	Helixone plus= polysulfone en PVP	2 m2
	FX 1000	Fresenius	highflux	Helixone plus= polysulfone en PVP	2.3 m2
	Sureflux 19 UX	Nipro	highflux	Triacetaat	1.9 m2
	Sureflux 21 UX	Nipro	highflux	Triacetaat	2.1 m2
	Solacea 19H	Nipro	highflux	Triacetaat	1.9 m2
	Solacea 21H	Nipro	highflux	Triacetaat	2.1 m2

**D. Vasculaire toegangsweg:**

<b>Arterioveneuze fistel (AV fistel)</b>	Plaats:	
	Natieve fistel / prothese:	
	Unipunctuur / bipunctuur:	
	Laddertechniek / buttonhole:	
	Scherpe naalden / botte naalden:	
	Beschikbare types: Nipro 15G x 1.25" cath scherp (1.9x32mm) / Nipro 15G x 1.25" cath bot (1.9x32mm) / Nipro 15G x 25mm metalen scherpe naald / Nipro 15G x 25mm metalen botte naald	
	<u>Zo specifieke naalden gebruikt moeten worden, gelieve deze mee te geven met de patiënt.</u>	
<b>Dialysekatheter</b>	Plaats:	
	Enkellumen / dubbellumen:	
	Katheterslot:	
	<input type="checkbox"/>	Heparine (5.000 IE/ml)   volume: A: ..... ml V: ..... ml
	<input type="checkbox"/>	Heparine verdund Verdunning: .....   volume: A: ..... ml V: ..... ml
<input type="checkbox"/>	Citralock 46.7%   volume: A: ..... ml V: ..... ml	



<input type="checkbox"/>	TauroLock™-HEP500	volume: A: ..... ml V: ..... ml
<input type="checkbox"/>	TauroLock™-U25.000	volume: A: ..... ml V: ..... ml

**E. Screening overdraagbare aandoeningen:**

Datum van afname 6 weken vóór 1 <sup>ste</sup> vakantiedialyse			
Hepatitis B surface Antigen	<b>HBsAg</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>
Hepatitis B surface antilichamen	<b>Anti-HBs</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>
Hepatitis B core antilichamen	<b>Anti-HBc</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>
Hepatitis C antilichamen	<b>HCV-AL</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>
Humaan immuundeficiëntie virus antilichamen	<b>HIV-AL</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>
Methicilline-resistente Staphylococcus aureus	<b>MRSA</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>
Vancoomycine-resistente enterokokken	<b>VRE</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>
Carbapenemase-producerende enterobacteriën	<b>CPE</b>	<b>Datum:</b>	<b>Resultaat:</b>

**F. Listering voor niertransplantatie:**

<b>Transplantkandidaat</b>	<input type="checkbox"/> Ja	(Transplantcentrum: .....)
	<input type="checkbox"/> Nee	

**G. Therapiebeperking – “Do Not Reanimate” (DNR) code:**

<b>DNR code:</b>
<input type="checkbox"/> code 0 = alle zorgen toe te dienen
<input type="checkbox"/> code 1 = niet reanimeren
<input type="checkbox"/> in geval van circulatiestilstand geen defibrilatie, thoraxmassage noch medicatie
<input type="checkbox"/> in geval van respiratoir falen geen intubatie of kunstmatige beademing
<input type="checkbox"/> enkel niet-invasieve beademing
<input type="checkbox"/> code 2 = therapie niet uitbreiden (geen transfer naar Intensieve Zorgen)
<input type="checkbox"/> code W = wilsbeschikking (graag kopie toevoegen a.u.b.)

**H. Overige medische gegevens:**

EKG en RX thorax bijvoegen a.u.b. (niet ouder dan 6 maanden)

Laboresultaten bijvoegen a.u.b. (screening overdraagbare aandoeningen!)

Medische brief (met medische voorgeschiedenis) bijvoegen a.u.b.

**Datum:**

**Stempel nefroloog:**



**Handtekening nefroloog:**