

## Néphrologues

Dr P. Peyronnet  
10002936358

Dr C. Achard-Hottelart  
10002940848

Dr Z. Dickson  
10004397294

Dr B.C.Mban  
10100855781

Dr C. Quintard-Lacour  
10100035863

## Secrétariats :

Avenue du **Buisson**  
BP 93817  
87038 LIMOGES CEDEX 1  
Tél. 05 55 43 17 40  
Fax 05 55 05 22 36

6, Rue Victor **Schoelcher**  
87000 LIMOGES  
Tél. : 05 55 50 74 83  
Fax : 05 55 50 74 82

[sec.med@alurad.asso.fr](mailto:sec.med@alurad.asso.fr)

Limoges, le .....

## DEMANDE DE SEJOUR

A nous retourner par fax dans les plus brefs délais afin d'étudier nos possibilités d'accueil. Sans suite de votre part, votre demande ne sera pas prise en compte.

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de séjour concernant M.  
..... pour la période du  
....., nous vous prions de bien  
compléter ci-dessous (avec signature et cachet du néphrologue) :

1. Structure dans laquelle votre patient est pris en charge dans votre centre :

- Centre Lourd
- U.D.M
- Unité Autodialyse

Dans le cas d'un patient pris en charge en Centre Lourd, joindre un certificat précisant si le patient peut être traité en UDM.

2. Conditions de prise en charge :

**Abord Vasculaire**

- FAV
- KT de Canaud
- Autres, à préciser :

**Temps de dialyse :**

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

A.....le .....

**Nom, signature et cachet du médecin :**