

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

Mode de transport pendant le séjour :

VSL/Taxi

Ambulance

Voiture particulière

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Dialysé(e) depuis le \_\_\_\_\_

**NOM** :**Prénom** :**(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  nonHCO<sub>3</sub><sup>-</sup> \_\_\_\_\_Ca<sup>2+</sup> \_\_\_\_\_Courbe UF  oui  non

T° bain \_\_\_\_\_

Glucose \_\_\_\_\_

UF horaire max : \_\_\_\_\_

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

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 :

.....

**TOUTE 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)

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

alurad 326	OPC	Enregistrement	VACANCIER Secteur Haute-Vienne-Creuse Dossier accueil vacancier	20/09/2019	V13	4 / 4
---------------	-----	----------------	--	------------	-----	-------

## PRESCRIPTION E.P.O.

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

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Erythropoïétine :

Dose :

Injection / semaine :

Voie administration :       IV       SC

Date de la dernière injection avant séjour :

Date de la prochaine injection pendant ou après séjour :

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**