

Néphrologues

Dr C. Beauchamp
10002182904

Dr R. Boudet
10002925385

Dr M. Ciobotaru
10004415708

Dr B. Larivière
10100675106

Dr M. Manescu
10100117034

Secrétariat

Centre Hospitalier
Boulevard du Dr Verlhac
BP 432
19312 BRIVE CEDEX

Tél. 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

Brive, le 201

E.Mail :

Courrier Demande de Dossier Vacances

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint le dossier d'accueil vacancier à compléter et à nous retourner dans les plus brefs délais par fax ou par courrier pour le séjour de votre patient M du au 201 sur le site d .

Récapitulatif des pièces à joindre

- La copie lisible d'un justificatif d'identité (carte d'identité, passeport, livret de famille, titre de séjour)
- La copie lisible de l'attestation de sécurité sociale avec des droits à 100 % en cours de validité ou copie lisible de la carte européenne en cours de validité
- Copie de la carte de groupe sanguin
- Compte-rendu cardio-vasculaire récent
- Résumé des antécédents et synthèse clinique récente
- Allergies
- Le dernier bilan sanguin et les dernières sérologies (datant de moins de 3 mois)
- Traitement médicamenteux
- Protocole de dialyse
- Type d'abord vasculaire en cours
- Fiches Administratives 1 et 2
- Certificat médical pour prise en charge hors centre lourd
- Formulaire de désignation d'une personne de confiance (N°438)

La demande de séjour sera prise en compte après accord médical, suite à l'étude du dossier étude.

En fonction des places disponibles, une confirmation sera adressée au centre avec copie au patient, aucun accord ne sera donné par téléphone par notre secrétariat.

Dans l'espoir de pouvoir répondre à votre demande, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Dr Bénédicte LARIVIERE

Dr Maria MANESCU

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

FICHE ADMINISTRATIVE (1)

A.L.U.R.A.D.Centre Hospitalier
Bd du Dr VERLHAC
19312 BRIVE CEDEX

Tél. 05.55.23.02.73

Fax : 05.55.17.52.58

Séjour du : _____

au : _____

Centre ou unité de : _____

NOM d'USAGE : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. _____

Portable _____

E.mail : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

N° Sécurité Sociale :
_____Nom et Adresse de la Caisse de S.S. :

Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM – Prénom

Téléphone

Lien de parenté

Personne de confiance

NOM - Prénom

Téléphone

Modalité habituelle de dialyse Centre U.D.M. Entraînement Autodialyse DomicileJours de dialyse L.M.V. M.J.S**Centre de Dialyse de Référence :**

NOM _____

Adresse _____

Tél du centre : _____

Fax : _____

Néphrologue responsable : _____

FICHE ADMINISTRATIVE (2)

NOM : **PRENOM** :

Date de Naissance :

SEJOUR

Adresse pendant le séjour _____

Tél : _____

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

.....

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

.....

Néphrologues

Dr C. Beauchamp
10002182904

Dr R. Boudet
10002925385

Dr M. Ciobotaru
10004415708

Dr B. Larivière
10100675106

Dr M. Manescu
10100117034

Secrétariat

Centre Hospitalier
Boulevard du Dr Verlhac
BP 432
19312 BRIVE CEDEX

Tél. 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

Brive, le

CERTIFICAT MEDICAL POUR PRISE EN CHARGE
HORS CENTRE LOURD

Je soussigné(e), **Docteur** _____, néphrologue,
atteste que :
M _____ peut être pris(e) en charge pendant son séjour de
vacances dans notre région,

Dans une Unité d'Autodialyse :

- Pas de présence, ni de passage du médecin néphrologue à chaque séance
- Patient(e) formé(e) à l'autodialyse simple oui non
ou
- Patient(e) en dialyse assistée nécessitant l'assistance d'un(e)
infirmier(ère) pour certains gestes oui non
- Une consultation avec un médecin néphrologue est possible
- En cas de nécessité, un repli en Centre de dialyse sera organisé en
fonction des capacités d'accueil. Un rapatriement pourra être envisagé
avant la fin du séjour.

Dans une Unité de Dialyse Médicalisée :

- La visite d'un médecin néphrologue a lieu une à deux fois par semaine
en fonction des besoins médicaux du patient
- Tous les actes nécessaires à la réalisation de la séance sont accomplis par
le personnel de santé
- Une consultation avec un médecin néphrologue est possible
- En cas de nécessité, un repli en Centre de dialyse sera organisé en
fonction des capacités d'accueil. Un rapatriement pourra être envisagé
avant la fin du séjour.

Fait à _____, le _____ / _____ / 20

Signature et cachet du