

DEMANDE DE SÉJOUR



Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de séjour à l'ALURAD pour :

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

Du/...../.....

Au/...../.....

nous vous prions de bien vouloir faire compléter les informations ci-dessous par le médecin néphrologue.

La « Demande de séjour » complétée et signée doit être transmise à l'ALURAD dès que possible, afin que nous puissions étudier nos possibilités d'accueil. Votre demande sera prise en compte seulement à la réception de ce document.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sincères salutations.

Les secrétaires médicales de l'ALURAD.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

TYPE DE PRISE EN CHARGE HABITUEL DU PATIENT

- ☐ Centre Lourd
- ☐ Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)
- ☐ Unité de d'Auto-Dialyse (UAD)

ABORD VASCULAIRE DE DIALYSE

- ☐ Fistule artério-veineuse
- ☐ Catheter de Canaud
- ☐ Autre :

Temps de dialyse

A

Nom, signature et cachet du médecin néphrologue

Le

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19 312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

Etiquette

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur/Professeur
certifie que l'état de santé de Madame/ Monsieur
lui permet de poursuivre son traitement en hémodialyse à l'ALURAD :

- ☐ dans une Unité d'Autodialyse Assistée (UADA),
- ☐ dans une Unité de Dialyse Médicalisée (UDM),
- ☐ exclusivement dans un centre lourd de dialyse.

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date

Cachet et signature du médecin

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné(e), Madame / Monsieur.....
reconnait avoir été informé(e) par mon centre de dialyse d'origine et accepte de mon plein gré le traitement
par hémodialyse à l'ALURAD :

- ☐ dans une Unité d'Autodialyse Assistée (UADA),
- ☐ dans une Unité de Dialyse Médicalisée (UDM),
- ☐ exclusivement dans un centre lourd de dialyse.

J'ai été informé(e) que conformément à l'article 4 de l'arrêté du 25 avril 2005, « les postes d'hémodialyse sont installés de façon à permettre une surveillance permanente du patient, y compris par vidéo surveillance lorsque cela est jugé nécessaire ». Les sites de l'ALURAD concernés par la présence d'un système de vidéosurveillance sont ceux de Brive, Limoges Buisson et Limoges Schoelcher.

Date :

Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé »

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19 312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

DOSSIER ACCUEIL VACANCIER

FICHE ADMINISTRATIVE

Etiquette

IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU PATIENT

Nom

Prénom

Adresse

.....

Date de naissance/...../.....

/...../...../...../.....

/...../...../...../.....

@.....

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom

Prénom

Lien de parenté

/...../...../...../.....

/...../...../...../.....

@.....

SÉCURITÉ SOCIALE

Nom de l'assuré.....

Prénom de l'assuré.....

N° sécurité sociale

Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie :

.....

.....

CENTRE DE DIALYSE HABITUEL

Néphrologue Responsable

Adresse du Centre de dialyse

.....

.....

/...../...../...../.....

/...../...../...../.....

@.....

SÉJOUR

Adresse du lieu de séjour du patient

.....

/...../...../...../.....

Date de la dernière dialyse dans votre établissement de dialyse habituel/...../.....

Date de retour dans votre établissement de dialyse habituel/...../.....

Mode de transport pendant le séjour ☐ VSL/taxi ☐ Ambulance ☐ Voiture particulière

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19 312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

DOSSIER ACCUEIL VACANCIER

À COMPLÉTER PAR
LE MÉDECIN RESPONSABLE

Etiquette

Prénom

Date de naissance/...../.....

PARAMÈTRES

Dialyseur

Type de membrane

Jours de dialyse

☐ Lundi Mercredi Vendredi

☐ Mardi Jeudi Samedi

Nombre de séance par semaine

Durée de la séance (heure)

Poids sec

Prise de poids moyenne

Tension artérielle avant

Tension artérielle après

ABORD VASCULAIRE

☐ Fistule artério-veineuse

☐ Cathéter de Canaud - Type verrou :
Volume :

☐ Autre(s)

Débit sang

Site

TRANSPLANTATION

Inscrit sur liste de transplantation rénale ☐ OUI ☐ NON

☐ OUI ☐ NON

Tout protocole de dialyse incomplet ou mal rempli entrainera un refus d'accueil

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

DOSSIER ACCUEIL VACANCIER alurad

FICHE MÉDICALE

**À COMPLÉTER PAR
LE MÉDECIN RESPONSABLE**

Etiquette

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

SÉROLOGIES

Antigène Hbs

Date

Anticorps Hbs

Date

Anticorps Hbs

Date

Hépatite C

Date

HIV

Date

TRAITEMENT ACTUEL

.....
.....
.....

PROBLÈMES EN COURS DE DIALYSE ET AUTRES PROBLÈMES MÉDICAUX

.....
.....
.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS

.....
.....
.....

ALLERGIES CONNUES

.....
.....
.....

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19 312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

DOSSIER ACCUEIL VACANCIER **alurad**

DEGRÉ D'AUTONOMIE

**À COMPLÉTER PAR
LE MÉDECIN RESPONSABLE**

Etiquette

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

DÉPLACEMENTS

☐ Marche ☐ Marche avec une canne ☐ Marche avec un déambulateur ☐ Fauteuil roulant

COMMUNICATION

☐ Langue française ☐ Autre(s)
☐ Langue des signes ☐ Trouble du langage et de la parole

PARTAGE DES INFORMATIONS

Lecture du français ☐ totale ☐ partielle
Lecture du (préciser la langue) ☐ totale ☐ partielle
Ecriture du français ☐ totale ☐ partielle
Ecriture du (préciser la langue) ☐ totale ☐ partielle

HANDICAP

☐ Visuel
☐ Auditif
☐ Mental et cognitif
☐ Moteur

DIALYSE

Nécessité d'une aide à la compression des points de ponction ☐ OUI ☐ NON

AUTRE(S) INFORMATION(S) QUI PEUVENT NOUS AIDER À ACCUEILLIR AU MIEUX LE PATIENT

.....
.....
.....
.....

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19 312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

DOSSIER ACCUEIL VACANCIER **alurad**

Etiquette

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

PRESCRIPTION EPO

Nom du prescripteur

Erythropoïétine

Dose

Injection par semaine

Voie administration ☐ IV ☐ SC

Date de la dernière injection avant séjour

Date de la prochaine injection pendant ou après séjour

Le

Signature du médecin

La spécialité retenue au livret pharmaceutique pour l'hémodialyse est l'ARANESP.

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19 312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

DOSSIER ACCUEIL VACANCIER **alurad**

Etiquette

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

Docteurs, dans le cadre de la prévention des infections à bactéries résistantes et de l'accueil de patients vacancier, nous vous remercions de bien vouloir compléter cette attestation, nous certifiant le statut du patient.

ATTESTATION D'IDENTIFICATION DES PATIENTS À RISQUE BMR ET BHRe

Je soussigné(e), Docteuratteste les informations suivantes concernant Monsieur/Madame

STATUT VIS-À-VIS DES BMR

Le patient est connu et présente une colonisation à BMR ☐ OUI ☐ NON

Si oui ☐ SARM ☐ Entérobactérie BLSE ☐ Autre

Le patient présente une infection à BMR ☐ OUI ☐ NON

Si oui ☐ SARM ☐ Entérobactérie BLSE ☐ Autre

STATUT VIS-À-VIS DES BHRe

Le patient est connu porteur d'un entérocoque résistant aux glycopeptides (ERG et ERV) ☐ OUI ☐ NON

Le patient est connu porteur d'une entérobactérie sécrétrice de carbapénémase (EPC) ☐ OUI ☐ NON

Le patient est, ou a été, en contact d'un patient porteur d'ERV-ERG ou d'une EPC ☐ OUI ☐ NON

Depuis moins d'un an, le patient a été dialysé ou hospitalisé dans un pays autre que la France ☐ OUI ☐ NON

Le patient est, ou a été, en contact d'un patient porteur d'ERV-ERG ou d'une EPC ☐ OUI ☐ NON

Avant l'arrivée du patient à l'ALURAD : un dépistage BHRe (EPC + ERV-ERG) par écouvillon rectal ou dans les selles doit être effectué dans les 4 semaines qui précèdent le séjour.

Fait à

Signature et cachet du néphrologue

Le

UDM Guéret / Centre lourd Limoges

ALURAD - Secrétariat de dialyse
Av du Buisson- BP 93817
87038 LIMOGES Cedex 1
Tel 05 55 43 16 53
Fax 05 55 32 33 12
sec.med@alurad.asso.fr

UDM - UAD Limoges

ALURAD - Secrétariat
6 rue Victor Schoelcher
87 000 LIMOGES
Tel 05 55 50 74 83
Fax 05 55 50 74 82
sec.medschoelcher@alurad.asso.fr

UDM - UAD Brive et Ussel

ALURAD - Secrétariat
Bd du Dr Verlhac - BP 432
19 312 BRIVE Cedex
Tel 05 55 23 02 73
Fax 05 55 17 52 58
sec.med19@alurad.asso.fr

alurad 438	DPA	Enregistrement	Formulaire de désignation d'une personne de confiance	18/11/2016	V2	1 / 1
---------------	-----	----------------	--	------------	----	-------

Etiquette IPP

Cadre à compléter par le patient dialysé

☐ **Ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de ma prise en charge à l'ALURAD. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, j'en informerai l'équipe soignante et un formulaire de désignation me sera remis.

☐ **Souhaite désigner comme personne de confiance légalement capable :**

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Mon/ma conjoint(e) | ☐ Un(e) parent(e) | ☐ Un(e) proche |
| ☐ Un(e) ami(e) | ☐ Mon médecin traitant | ☐ La personne à prévenir |

- NOM marital :PRENOM(S) :

- NOM de jeune fille :

J'ai bien noté que la personne de confiance que j'ai désignée :

- Peut m'accompagner dans mes démarches tout au long de mes soins.
- Peut assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Peut recevoir les mêmes informations que moi.
- Peut être consultée dans les situations où je ne pourrais plus exprimer ma volonté.
- Est informée par mes soins de sa désignation et m'a donné son d'accord pour toute la durée de mon traitement
- Peut être révoquée à tout moment par écrit.

Fait àleSignature :

Cadre à compléter par la personne de confiance

Je soussigné(e) : Mme/Mr

PRENOM(S) :

Né(e) le

ADRESSE

TELEPHONE(S)

Certifie avoir été informé(e) de ma désignation et être légalement capable en qualité de personne de confiance de : Mr/Mme/ Mlle

Fait àleSignature :

☐ **Souhaite révoquer ma personne de confiance désignée ci-dessous à compter du**

...../...../.....

Fait àleSignature :

Merci de retourner ou envoyer ce formulaire au secrétariat

 1569	DPA	Formulaire	Consentement vacancier pour prélèvements sanguins et bactériologiques	26/04/2022	V0	1 / 1
---	-----	------------	---	------------	----	-------

A , le/...../.....

Je soussigné(e) accepte que,
dans le cadre de ma prise en charge au sein de l'ALURAD,
l'établissement effectue :

- les sérologies virales si mon séjour se prolonge et qu'un bilan semestriel m'est prélevé
- les RAI (recherche d'agglutinines irrégulières) avant et 2 mois après toute transfusion dans l'hypothèse où je serais transfusé(e) durant mon séjour
- les prélèvements nécessaires à l'adaptation de la posologie d'un médicament (AVK, antibiotiques etc...) le cas échéant

patient

Signature du

alurad 437	DPA	Formulaire	Non communication du dossier médical	02/01/2023	V4	1 / 1
---------------	-----	------------	---	------------	----	-------

Etiquette :

COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

La loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades, et à la qualité du système de santé, vous permet de refuser ou non la communication de votre dossier médical à votre famille au moment de votre décès.

Je fais le choix, en mon âme et conscience : (cocher une des deux cases)

☐ D'accepter la communication de mon dossier médical à mon médecin traitant, par simple demande écrite.

☐ De refuser, par écrit et de mon vivant, la communication de mon dossier médical à mon médecin traitant.

☐ De refuser, par écrit et de mon vivant, la communication de mon dossier médical à ma famille après mon décès.

Je soussigné (manuscrit par le patient)

Fait à le

Signature du patient