



UNITE DE CHATEAUDUN

3 rue de Vilsain

28200 CHATEAUDUN

Tel : 02.37.30.47.20.

chateaudun@airbp-dial.fr

IDE Responsable : N. Tétault

FICHE D'INSCRIPTION VACANCIER

NOM : PRENOM : AGE :

Adresse :

.....



.....



.....@.....

Dates de vacances :

Adresse de vacances :

.....



.....

Unité de dialyse habituelle :

Adresse :

.....



.....



.....@.....



FICHE DE PRISE EN CHARGE DE DIALYSE

ETAT CIVIL

Joindre un justificatif de domicile

Nom : Prénom :

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

Adresse :

.....
.....

NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE DU PATIENT

A remplir obligatoirement même si une photocopie de l'Attestation de la carte Vitale est jointe.

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

Numéro d'immatriculation : .../.../.../.../...../...../.../

L'assuré est-il le patient ? Oui Non

Si non, lien de parenté avec le patient : conjoint enfant autre

Droit 100 % jusqu'au : / /



FICHE MEDICALE DE DIALYSE

Nom du patient :

**LES SEANCES DE DIALYSE NE POURRONT PAS ETRE PROGRAMMEES SI TOUS LES ITEMS NE SONT PAS COMPLETES.
POSSIBILITE DE NOUS ADRESSER VOTRE DOSSIER CENTRE**

Etiologie IRC :

Pathologies annexes:

.....
.....

Date de mise en dialyse:

Groupe sanguin: *joindre la photocopie de la carte de groupe*

Inscription sur liste de transplantation : OUI NON

Centre d'inscription ? :

Sérologies joindre impérativement un bilan sérologique de moins de 4 mois

Renseignements sur les séances

Fréquence hebdomadaire :/SEMAINE

Durée de la séance : h. Jours habituels : L M M J V S : MATIN
APRES-MIDI SOIR



FICHE MEDICALE DE DIALYSE

Nom du patient :

Prescription médicale de dialyse :

Dialyseur : Surface:

Stérilisation gamma obligatoire : OUI NON

Bain de dialyse : K.....mmol/L Ca : mmol/L Glucose :.....mmol/l

Na prescritmmol/l PROFIL OUI NON

Débit dialysat.....mL/min Température bain

Techniques particulières:

.....

Poids de base : Prise de poids moyenne :

UF Horaire maximum :mL/h UF seule autorisée : OUI NON

Profil UF OUI NON

Anticoagulant séance : Spécialité

Dosemi-séance

ABORD VASCULAIRE *Merci de joindre un schéma*

FAV : Type : Bras gauche Droit Difficulté de ponction :
NON OUI

Type d'aiguille : A V aiguille unique Débit sang :

Le patient comprime-t-il seul ses points de ponction ? OUI NON

CATHETER : verrou anticoagulant:

Volume par branche : Artère ml Veineml.