



UNITE DE MORANCEZ

56 rue des Artisans

28630 MORANCEZ

Tel : 02.37.30.47.19.

[chartres@airbp-dial.fr](mailto:chartres@airbp-dial.fr)

IDE Responsable : N. Sainte-Beuve

# 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 prescrit .....mmol/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 .....

Dose .....mi-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 Veine .....ml.