

DOSSIER DE DIALYSE DE VACANCES

Nom du/de la patient(e): .....

Date:

**Centre de dialyse permanent du/de la patient(e):**

Nom du centre:

Adresse:

Code postal:

Commune/Ville:

Téléphone:

Fax:

Adresse E-mail:

Néphrologue à contacter: .....

**Centre de vacances du/de la patient(e):**

Nom du centre:

Adresse:

Code postal:

Commune/Ville:

Téléphone:

Fax:

Adresse E-mail:

Néphrologue à contacter: .....

**Période des vacances:** du: ..... jusqu'à:

.....

Dernière dialyse dans notre centre: .....

Première dialyse dans le centre des vacances:.....

Dernière dialyse dans le centre des vacances: .....

Jours de dialyse habituels: .....

**A remplir par le/la patient(e)**

**Données personnelles:**

Nom (nom de fille pour les femmes):

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Code postale:

Commune/Ville:

Téléphone:

Portable:

Fax:

Adresser la parole en:  néerlandais  français  anglais  allemand

autre (spécifier): .....

Nom de l'épou(x)se:

**Données de vacances:**

Adresse de séjour :

Code postale :

Commune/ville:

Pays:

Téléphone :

Portable:

Fax:

**Données de la mutuelle:**

Nom de la mutuelle:

Titulaire:

Collez ici une vignette de votre  
mutuelle

Si vous n'êtes pas membre d'une mutuelle belge, prière de remplir un  
formulaire E 111 (vous pouvez trouver cela chez votre mutuelle).

A remplir par le centre de dialyse

**Dialyse de vacances pour le/la patient(e):**

Date de la première dialyse:

Etiologie de l'insuffisance rénale:

Allergies: .....

Type de dialyse :  Dialyse en centre  Auto dialyse  Dialyse à domicile  
 HD  Dialyse Péritonéale  
 HDF

Nombre de dialyses par semaine: fois/semaine

Durée par session: heure.

Poids idéal: kg.

Besoin d'UF habituel: g/heure

Tension artérielle avant la dialyse: mmHg

Tension artérielle après la dialyse: mmHg

Groupe sanguin: Rhesus:

HBV: Hbs :  pos  nég  
Anti-Hbs:  pos  nég  
Vaccination:  oui  non

HCV: Hc al :  pos  nég  
RNA:  pos  nég

VIH:  pos  nég

Actif sur la liste d'attente Tx:  oui  non

Sur la liste d'attente au centre: .....

**Rein artificiel:**

Marque + type:

Type de membrane :

Surface:

Méthode de stérilisation:

**Dialysat:**

Sodium: mmol/l

Calcium: mmol/l

Potassium: mmol/l

Glucose: mg/dl

Bicarbonate: mmol/l

**Abord Vasculaire:**

Fistule AV

Cathéter

1-aiguille

2-aiguilles

Single lumen

Double lumen

Gauge: .....

French: .....

Débit sanguin désirable : ml/min

Débit du dialysat désirable : ml/ min

**Anticoagulation:**

Héparine: - Sorte : .....

- dosage : .....

Autres (Spécifier):

Biologie récente: voir annexe(s)

Mécatation: voir annexe(s)

**Antécédent médicales**

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

**Commentaires spécifiques + Allergies**

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

**Annexes:**

- Labo récent (max 1 mois)
- ECG
- Dépistage SAMR
- Copie pasport
- (Evt. formulaire 111)