

Date demande:

Dienst Nefrologie

+32 89/ 80 82 30

Dr. J. Peeters
Medisch diensthoofdStafledenDr. L. Hendrickx
Dr. E. Macken
Dr. C. Metalidis
Dr. J. Peeters
Dr. A. Van Mieghem
Prof. Dr. L. Heylen
Prof. Dr. B. Sprangers**FORMULAIRE DEMANDE DE DIALYSE DE VACANCES****DONNÉES PERSONNELLES****1. Données personnelles patient**

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Numéro de registre national:

(Veuillez joindre en annexe une copie de votre carte d'identité)

Nom conjoint(e):

Prénom conjoint(e):

Adresse

Rue + numéro:

Code postal: Ville:

Pays:

Téléphone: GSM :

Langue maternelle:

Médecin généraliste

Nom et prénom:

Localité:

Contacts en cas d'urgence:

ICE 1:

Nom: Prénom:

Téléphone: GSM:

ICE 2:

Nom: Prénom:

Téléphone: GSM:

2. Données de la mutuelle et/ou de l'assurance

Titulaire

Nom:

Prénom:

Numéro d'assurance:

Mutuelle ou compagnie d'assurance

Nom:

Téléphone:

E-mail:

3. Centre de dialyse

Nom du centre de dialyse ou de l'hôpital:

Code postal : Ville:

Pays:

Téléphone : E-mail:

Médecin/néphrologue traitant:

Programme de dialyse actuel: ☐ Lundi/mercredi/vendredi ☐ matin

☐ après-midi

☐ soir

☐ Mardi/jeudi/samedi ☐ matin

☐ après-midi

☐ soir

4. Informations vacances

Adresse de vacances en Belgique :

Rue + numéro:

Code postal: Ville:

Téléphone: E-mail:

Date de début dialyse de vacances: / /

Date de fin dialyse de vacances: / /

Programme de dialyse souhaité durant les vacances :

☐ Lundi/mercredi/vendredi

☐ matin

☐ après-midi

☐ soir (17h – 21h)

☐ Mardi/jeudi/samedi

☐ matin

☐ après-midi

(pas possible dans le soir)

5. Transport:

☐ Avec son propre véhicule

☐ En taxi

INFORMATION MÉDICALE ET DONNÉES DE DIALYSE

1. Diagnostic rénal et antécédents pertinents / comorbidité :

.....

.....

.....

.....

.....

2. Date première dialyse :

3. Allergies:

.....

.....

4. Problèmes récents durant la dialyse :

.....

.....

.....

.....

5. Sérologie et microbiologie

Date détermination

- Antigène de surface de l'hépatite B O négatif O positif
- Anticorps anti-HBs O négatif O positif
- Anticorps anti-HBc O négatif O positif
- Anticorps anti-VHC O négatif O positif
- Anticorps du VIH O négatif O positif
- Dépistage SARM O négatif O positif

6. Groupe sanguin: **Facteur Rh:**

Anticorps irrég.:

7. Forme de traitement: O Hémodialyse O Hémodiafiltration

8. Fréquence de dialyse + durée: X h.

9. Type membrane:

10. Composition dialysat:

Sodium: mmol/l

Potassium: mmol/l

Bicarbonate: mmol/l

Glucose: mg/dl

Calcium: mmol/l

11. Paramètres de dialyse:

- Poids cible:
- Prise de poids entre 2 dialyses:
- Taux UF maximal: l ou l/h
- Tension artérielle moyenne:
 - au début de la dialyse: mmHg
 - à la fin de la dialyse: mmHg
- Profilage UF:
- Après profilage:
- Vitesse pompe artérielle: ml/ min
- Vitesse pompe veineuse: ml/ min

12. Voie d'accès:

- Fistule AV: type:
lieu :
O aiguille métallique O aiguille cathéter
O uniponcture O baponcture
- Cathéter de dialyse: type:
lieu:
O lumen unique O double lumen
- Lot d'héparine: art. ven.

13. Médication durant la dialyse :

- Anticoagulation (nous utilisons Enoxaparin IV = Clexane)

° type:

° dose et fréquence:

- EPO (nous utilisons Aranesp IV = 40 µg)

° type:

° dose et fréquence:

- Préparation à base de fer (nous utilisons Injectafer 100 mg IV)

° type:

° dose et fréquence:

- Autre :

° type:

° dose et fréquence:

14. Traitement médicamenteux à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Candidat pour transplantation O oui O non

Centre de transplantation:

16. Résultats labo: ajouter les derniers résultats en annexe S.V.P.

17. ECG: ajouter dernière copie en annexe S.V.P.

18. SARM screening: ajouter dépistage SARM récent en annexe S.V.P.

19. Schéma vaccinal:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. Veuillez joindre en annexe une copie de votre carte d'identité svp