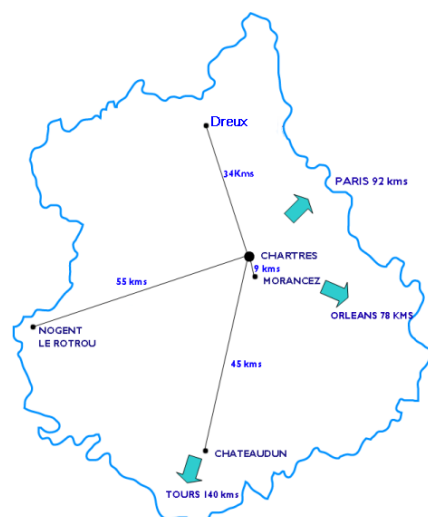


Diffusé : Septembre 2020 Version n° 3 FORM-Vac-01	DOSSIER D'ADMISSION VACANCIER
---	--------------------------------------

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de séjour dans notre centre de dialyse de :

Morancez 56, rue des Artisans 28630 MORANCEZ chartres@airbp-dial.fr Tel : 02.37.30.47.19 Fax : 01.57.67.38.84	Châteaudun 3, rue de Vilsain 28200 CHÂTEAUDUN chateaudun@airbp-dial.fr Tel : 02.37.30.47.20 Fax : 01.57.67.38.85	Nogent-le-Rotrou Avenue de l'Europe 28400 NOGENT-LE-ROTROU nogent@airbp-dial.fr Tel : 02.37.30.47.24 Fax : 01.57.67.17.24	Dreux 15, rue Charles Péguy 28100 DREUX vernouillet@airbp-dial.fr Tel : 02.37.30.47.23 Fax : 01.57.67.38.86
---	--	---	--



Veuillez trouver, ci-joint, le dossier à compléter et à nous transmettre le plus rapidement possible afin que nos néphrologues examinent votre demande et vous donne une réponse dans les plus brefs délais.

Les dossiers sont transmis à nos néphrologues dès lors qu'ils sont complets.

Chaque page doit être dûment complétée et signée.

Les photocopies des prescriptions médicales de dialyse et de renseignements de l'abord vasculaire ne sont pas acceptées (voir pages 10 et 11).

NOM :

Prénom :

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

INFORMATIONS MÉDICALES À NOUS TRANSMETTRE

- Antécédents médicaux
- Histoire de la maladie (néphropathie initiale)
- Allergies et/ou intolérances
- Date de mise en dialyse :/...../.....
- Compte rendu de la dernière consultation néphrologique
- Prescription de dialyse (feuille ci-jointe **à remplir par le médecin néphrologue**)
- Prescription des traitements en cours
- Renseignement abord vasculaire (feuille ci-jointe **à remplir par le néphrologue**)
- Compte rendu de la création de la FAV (*fistule artério-veineuse*)
- Schéma de la FAV
- Dernier écho-doppler de la FAV et/ou fistulographie
- Derniers bilans biologiques et VHB-VHC-VIH datant de moins de trois mois
- Fiche médicale Covid-19 (ci-jointe et **à remplir par le médecin néphrologue**)
- Fiche patient Covid-19
- Résultat dépistage Covid (**réalisé 48h avant votre séjour**)
- Dernier ECG (de moins d'un mois) / échographie cardiaque (de moins d'un an) / coronarographie
- Carte de groupe sanguin
- Le patient a-t-il déjà été transfusé ? : Oui - Non
Si le patient a été transfusé sur les trois derniers mois, merci de nous transmettre les comptes-rendus
- Inscription sur liste de transplantation : Oui - Non en CIT : Oui - Non
Centre de transplantation :
- Carnet de vaccination
- Taille/Poids :cmkg

Siège social : 56 rue des artisans 28 630 MORANCEZ Tel : 02 37 30 18 43 Fax : 01 57 67 38 84

Courriel : direction@airbp-dial.fr

LIEN INTRANET : AIRBP Home/Secteurs/Unités/Admissions vacanciers

Attention : seule la version disponible sur Intranet est valide



Fiche Administrative

NOM d'usage (en majuscule) :

NOM de naissance (en majuscule) :

Prénom :

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

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe :/...../...../...../.....

Téléphone portable :/...../...../...../.....

Adresse mail :@.....

Vacances :

Du/...../20..... première dialyse

Au/...../20..... dernière dialyse

Adresse pendant vos vacances :

.....

....

Code Postal : Ville :

Téléphone où vous joindre pendant vos vacances :/...../...../...../.....

Unité de dialyse habituelle :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Adresse mail :@.....



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

**DOCUMENTS ET INFORMATIONS À TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT
AVANT VOTRE ARRIVÉE**

Documents, ci-joint, dûment complétés et signés :

- Accord de prise en charge
- Consentement à l'hébergement des données
- Désignation de la personne de confiance (que l'on peut joindre pendant vos vacances)

Photocopies (un document par photocopie) :

- Pièce d'identité (recto-verso et en couleur)
- Justificatif de domicile
- Carte Vitale (en couleur)
- Attestation sécurité sociale
- Attestation de mutuelle

Nom et coordonnées complètes de votre néphrologue référent :

Docteur

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Adresse mail :@.....

Nom et coordonnées complètes de votre médecin traitant :

Docteur

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Adresse mail :@.....



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Coordonnées complètes de votre pharmacie usuelle :

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Votre mode de transport pour venir et repartir de la dialyse pendant vos vacances (facultatif) :

TAXI – AMBULANCE – VÉHICULE PERSONNEL – AUTRE (préciser :)

Coordonnées du transporteur :

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....
Adresse mail :@.....



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Rédacteur : D.Seigneur Mars 2019 Version 6 Form-Dos - 01	ACCORD DE PRISE EN CHARGE <i>(à remplir par le patient – 2 pages)</i>
---	--

Je soussigné(e).....

Né(e) le /..... /.....

Demeurant :
.....
.....
.....

Prise en charge :

Je déclare,

Accepter d'être totalement pris en charge par les Médecins de l'AIRBP pendant la durée de mon séjour, sans présence médicale permanente. Oui Non

Accepter d'effectuer les analyses sérologiques des hépatites B et C et du HIV quand les médecins de l'AIRBP le jugent nécessaire. . Oui Non

Accepter qu'en cas de nécessité, les données de mon dossier médical soient transmises de façon confidentielle à d'autres professionnels de santé. Oui Non

Accepter d'être pris en charge le cas échéant par télé-médecine en UDM. Oui Non

Avoir été informé(e) de l'existence du protocole de coopération et **accepter** que les infirmières déléguées prennent en charge la prescription de l'EPO. Oui Non

Je prends note que les horaires et jours de dialyse peuvent être modifiés en raison de la charge de travail de l'unité ou en raison de l'aggravation de mon état de santé : changement d'unité, repli Centre Hospitalier ou Clinique, centre d'hémodialyse.

Droit à l'image :

J'autorise / n'autorise pas* l'établissement à utiliser ma photo dans mon dossier.
J'autorise / n'autorise pas* l'utilisation de la vidéo à usage pédagogique pour les équipes soignantes ou les usagers (utilisation interne à l'établissement).

Siège social : 56 rue des artisans 28 630 MORANCEZ Tel : 02 37 30 18 43 Fax : 01 57 67 38 84
Courriel : direction@airbp-dial.fr

LIEN INTRANET : AIRBP Home/Secteurs/Unités/Admissions vacanciers

Attention : seule la version disponible sur Intranet est valide



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Protection des données :

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) applicable depuis mai 2019 garantit la protection des informations recueillies dans l'établissement.

Dans le cadre de votre prise en charge des informations peuvent être recueillies et enregistrées dans un fichier informatisé.

Elles sont conservées le temps nécessaire à leur utilisation et sont destinées à optimiser la qualité des soins.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès à ces données vous concernant et les faire rectifier sur demande écrite adressée à la direction.

Je déclare avoir reçu le livret d'accueil et l'information sur les différentes techniques de dialyse.

NOM :

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Rédacteur : D.SEIGNEUR Mars 2020 Version 1 FORM-Dos-02	Consentement à l'hébergement par le CHU de Nantes de mes données de santé à caractère personnel <i>(à remplir par le patient – 1 page)</i>
--	--

Vous êtes pris en charge par l'AIRBP. Dans ce cadre, vos données de santé à caractère personnel vont être hébergées à l'extérieur de l'établissement, par le CHU de Nantes. Le CHU de Nantes dispose de l'agrément délivré par le Ministre en charge de la Santé, en application des dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique et du décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

Cet hébergement ne peut avoir lieu qu'avec votre consentement exprès ou celui de votre représentant légal à savoir, le titulaire de l'autorité parentale si vous êtes mineur ou celui de votre tuteur si vous bénéficiez d'un régime de tutelle, dans le cas où vous seriez en incapacité totale d'exprimer votre volonté et de participer à la décision.

Ce consentement est dématérialisé. Il est conservé dans le système informatique et son recueil est tracé (la date de votre consentement et l'identité de la personne qui le recueille sont également conservés). La finalité de cet hébergement consiste à :

- garantir la conservation, l'archivage et la sécurité de vos données de santé à caractère personnel,
- assurer le respect des exigences de confidentialité, de sécurité et de pérennité de ces données,
- faciliter la gestion de votre dossier et assurer la facturation des séances, des actes, des consultations et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale.

Vous pouvez, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

- accéder à vos données de santé à caractère personnel hébergées et en demander la rectification ;
- demander copie de l'historique des accès aux données de santé hébergées, des consultations ainsi que du contenu des informations consultées et des traitements éventuellement opérés.

Pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser, par courrier au siège social de l'AIRBP ou par courriel (direction@airbp-dial.fr).

Seuls les professionnels des établissements de santé participant à votre prise en charge peuvent accéder aux données de santé hébergées, ainsi que le médecin DIM (Département de l'Information Médicale) de l'hébergeur qui, comme le prévoit le code de la santé publique, est le garant de la confidentialité des données de santé à caractère personnel hébergées et veille aux conditions d'accès à ces données dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du code de la santé publique. Les missions de ces professionnels s'exercent dans le respect du contrat qui lie l'hébergeur au Directeur de l'Établissement

Dr Coulomb, Directeur.

Je soussigné(e), (Nom, Prénom).....
Né(e) le.....à.....
demeurant.....
consens à ce que mes données de santé à caractère personnel soient hébergées par le CHU de NANTES

Signature du patient et/ou du représentant légal :

Date :



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Rédacteur : D.SEIGNEUR
Mars 2020
Version 1
FORM-Dos-03

Désignation de la personne de confiance
(à remplir par le patient – 1 page)

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2005 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Patient :

Nom : Nom de jeune fille..... Prénom :

Date et lieu de naissance

Adresse

..... Téléphone

Admis au sein de l'établissement de santé pour ma prise en charge en dialyse.

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

- Je souhaite désigner une personne de confiance.
- Je ne souhaite désigner une personne de confiance.
- Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, sans en désigner une nouvelle.
- Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, et en désigner une nouvelle.

Personne de confiance désignée :

Nom Nom de jeune fille..... Prénom

Date de naissance.....

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

Lien avec la personne (parent, médecin, proche..).....

J'ai bien noté que Mme, Mlle, M

Pourra, à ma demande m'accompagner dans les démarches concernant mes soins.

Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.

Sera informée par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Signature de la personne désignée
(Recommandé)

Fait à :
Signature :

Le :

Siège social : 56 rue des artisans 28 630 MORANCEZ Tel : 02 37 30 18 43 Fax : 01 57 67 38 84
Courriel : direction@airbp-dial.fr

LIEN INTRANET : AIRBP Home/Secteurs/Unités/Admissions vacanciers

Attention : seule la version disponible sur Intranet est valide

NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

PRESCRIPTION MÉDICALE DE DIALYSE

(à remplir par le médecin néphrologue)

Fréquence hebdomadaire des dialyses :/semaine

Durée de la séance :h.....min

Jours habituels : L - M - ME - J - V - S

Matin - Après-midi

Dialyseur :

Surface :

Stérilisation gamma obligatoire : Oui - Non

Bain de dialyse : K.....mmol/L - Ca.....mmol/L -

Glucose.....mmol/L

Na prescritmmol/L

Profil Na : Oui - Non

Débit dialysatml/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

Signature et cachet du médecin Néphrologue prescripteur :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

INFORMATIONS ET PRESCRIPTION

ABORD VASCULAIRE

(à remplir par le médecin néphrologue)

FAV :

Type :

Bras : Gauche - Droit

Difficulté de ponction : Oui - Non

Button Hole : Oui - Non

Type d'aiguille : A V Aiguille unique

Débit sang :ml/min

Le patient comprime seul ses points de ponction ? Oui - Non

CATHETER :

Verrou anticoagulant :

Volume par branche : Artèreml – Veineml

Signature et cachet du médecin Néphrologue prescripteur :

Chaque page doit être dûment complété et signé.

Les photocopies des prescriptions médicales de dialyse et de renseignements abord vasculaires ne sont pas acceptées



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

CERTIFICAT MEDICAL

(à remplir par le médecin Néphrologue)

Je soussigné (e), Docteur

Certifie que l'état de santé de M/Mme

Né(e) le/...../.....

Domicilié(e) :

Code Postal : Ville :

- Lui autorise d'être traité(e) en unité d'auto-dialyse **sans présence médicale.**
- Ne lui autorise pas d'être traité(e) en unité d'auto-dialyse **sans présence médicale.**

Fait à

Le/...../20.....

Signature et cachet du médecin Néphrologue :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

FICHE MÉDICALE COVID-19

(à remplir par le médecin néphrologue)

Dans le cadre de la prise en charge de votre patient à l'A.I.R.B.P., ce questionnaire vous est adressé en amont de l'admission du patient. Merci de le compléter et de le renvoyer avec les résultats du dépistage Covid-19 48h avant le départ.

Le patient a-t-il eu un test de dépistage COVID-19 par RTPCR POSITIF
au cours des 15 derniers jours ? OUI NON

Si OUI : à quelle date ?/...../20.....

Identification de situations à risque de COVID-19 :

Y-a-t-il eu des cas confirmés de COVID-19 (patients et/ou soignants) au
sein de votre établissement de santé ces 15 derniers jours ? OUI NON

Le patient a-t-il été en contact avec une personne dépistée positif
COVID-19 ces 15 derniers jours ? OUI NON

A-t-il eu des symptômes évocateurs de COVID-19 au cours des 15
derniers jours ? OUI NON

(de manière inhabituelle : signes infectieux, asthénie, myalgies, céphalées, toux et
dyspnée, anosmie ou hyposmie, agueusie ou dysgueusie, diarrhée, signes atypiques
chez les patients de plus de 80 ans...)

Fait à, le/...../20.....

Signature et cachet du Médecin :



NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....

FICHE PATIENT COVID-19

(à remplir par le patient)

Madame, Monsieur,

Vous allez être accueilli dans une de nos unités prochainement. Afin que cet accueil se passe dans les meilleures conditions possibles nous souhaitons vous informer des mesures barrières en place dans notre établissement.

Chaque patient doit porter un masque dès son transport et ce jusqu'à son retour au domicile.

Une friction avec la solution hydro-alcoolique sera faite dès l'entrée dans la salle de soins, avant la compression de la fistule et avant de quitter la salle de soins.

En complément de votre dossier médical un résultat de dépistage Covid-19 est demandé 48h avant votre arrivée ainsi que le questionnaire ci-dessous dûment complété par vos soins et renvoyé **48h avant votre arrivée.**

Au cours des 15 derniers jours :

Avez-vous été dépisté COVID-19 ? OUI NON

Avez-vous été en contact avec d'autres personnes dépistées positif COVID-19 ? OUI NON

Avez-vous eu de la fièvre ou des frissons de façon inhabituelle ? OUI NON

Ressentez-vous une fatigue importante, inhabituelle ? OUI NON

Etes-vous essoufflé et/ou toussiez-vous de façon inhabituelle ? OUI NON

Avez-vous une perte d'odorat et/ou de goût ? OUI NON

Avez-vous eu des problèmes digestifs (type diarrhée) de façon inhabituelle ? OUI NON

Avez-vous présenté d'autres symptômes inhabituels ? OUI NON

Si oui : lesquels ?.....

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de manière sincère et je m'engage à respecter tous les gestes barrières COVID-19 au cours de mon séjour.

NOM : Prénom :

Signature du patient :