

FORMULAIRE de demande d'inscription à la dialyse en vacances à la Clinique TABET

L'hémodialyse en vacances

Unité d'Hémodialyse de la clinique TABET

19, Birouana Nord 13000 Tlemcen -Algérie-

Tél: 00 213 (0) 43 27 59 31 00 213 (0) 556 09 96 06 Fax: 00 213 (0) 43 27 44 76

Email:Hémodialyse@clinique-tabet.com

Chère Madame, Cher Monsieur,

Veillez renvoyer ce formulaire dûment rempli au moins 2 semaines avant votre première dialyse de vacances, à l'adresse 19 Rue Belhadj Kacem Mustapha, Birouana Nord - Tlemcen 13 000 - Algérie -, ou par fax 00 213 (0) 43 27 44 76 ou par email:hémodialyse@clinique-tabet.com

1ère partie: DONNEES A REMPLIR PAR LE PATIENT

A. Données personnelles

Nom: (Nom de jeune fille)	Prénom:
Rue:	Numéro:
Code postale:	Commune:
Pays:	Nationalité:
Numéro de téléphone:	Portable:
Email:	Date de naissance:
Langue Maternelle:	

Veillez ajouter une copie de votre carte d'identité (les 2 cotés svp)

B. Votre centre de dialyse actuel

Nom du centre de dialyse :	
Commune:	Pays:
Numéro de téléphone:	Fax:
E-mail:	
Médecin traitant:	

C. Informations concernant les vacances :

Rue de votre lieu de vacances :		
Code postal :	Commune:	
Numéro de téléphone:		
La première dialyse le :		
La dernière dialyse le :		
De préférence	<input type="checkbox"/> Le matin	Samedi/Lundi / Mercredi
	<input type="checkbox"/> L'après-midi	Samedi/Lundi / Mercredi
	<input type="checkbox"/> Le soir	Samedi/Lundi / Mercredi
	<input type="checkbox"/> Le matin	Dimanche/mardi/jeudi
	<input type="checkbox"/> L'après-midi	Dimanche/mardi/jeudi
	<input type="checkbox"/> Le soir	Dimanche/mardi/jeudi
Qui doit être averti en cas de difficultés pendant vos séances de dialyse à Tlemcen ? (Nom, adresse, numéro de téléphone)		

D. Données de votre Mutualité / Caisse d'Assurance:

Numéro de sécurité sociale:
Nom de l'assuré (e):
Prénom de l'assurée (e):
Date de naissance:
Ayant de droit:
Date de validité de l'attestation d'ouverture des droits:

Pour les Algériens:

Veillez Joindre une attestation d'ouverture de droits aux prestations en nature (encore en cours de validité), aussi une copie de l'accord de prise en charge au près de la caisse d'assurance de vote centre de dialyse.

Pour les étrangers:

Veillez vous rapprochez au près de nos services responsables pour organiser votre prise en charge en fonction de votre assurance maladie ou autre.

Email:hémodialyse@cliniquetabet.com

Tél:+213 556 099 606

E. Transport

La clinique TABET, peut mettre à la disposition du patient, un moyen de transport assurant son déplacement en vers la clinique les moments de la dialyse; Ceci est à la charge du patient.

2 ème partie: DONNÉES à REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN

PATIENT(E): Mr, Mme	
Néphropathie initiale:	
Problèmes récents / complications pendant la dialyse:	
Problèmes récents / complications pendant la dialyse:	
Date de la première dialyse à votre centre:	
Pathologies associées / données médicales essentielles (diabète, pacemaker, hypertension artérielle, problèmes cardiaques,...)	
Groupe sanguin:	Rhésus :
Anticorps irréguliers :	
Allergies (antibiotiques, autres médicaments, produits de contraste, autres...):	

Médicaments pendant la dialyse :

EPO: (marque, dose, manière d'administration): doit être apportée par la/le malade, de la pharmacie de son propre centre.	
Fer:	
Vitamines:	
Autres:	

Médicaments actuels:

Sérologie: (+ date)

HIV-Anticorps:	HCV-Anticorps:
Hbs Antigène:	HCV – ARN:
Hbs-Anticorps:	Hbs-Anticorps:

Dialyseur capillaire :

Marque:	Membrane :
Type:	Hémodiafiltration <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Surface:	
Composition du dialysat: (mEq /L)	
Potassium:	Bicarbonate:
Sodium:	
Calcium	

Index cardiothoracique (+ Date)

Données de dialyse:

Poids sec théorique:	Vitesse débit sanguin (ml/min):
Temps de durée de la dialyse:	Débit du dialysat (ml/min):
Nombre de dialyses par semaine :	Ultrafiltration maximale par heure
Moyenne de gain de poids inter dialytique :	Tension moyenne: avant
Volume de sang minimal :	Après
Profil Na:	
Profil UF:	
Abord vasculaire:	
Fistule artériovéneuse	Native / synthétique
	Position:
	Uni ponction / bi ponction
	Aiguille / cathéter Diamètre: (Gauge):
Cathéter de dialyse	Type:
	Position:
	Simple / double lumière:

Candidat à la greffe rénale:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Centre de transplantation:		

Nom du médecin, date, signature, fax, e-mail:
