



Date demande:

Dienst Nefrologie

+32 89/ 80 82 30

Dr. J. Peeters
Medisch diensthoofd

Stafleden

Dr. 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:

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 :
○ aiguille métallique ○ aiguille cathéter
○ uniponcture ○ bipuncture
- Cathéter de dialyse: type:
lieu:
○ lumen unique ○ 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

