

# **DONNÉES PERSONNELLES**

## **A. Données personnelles**

Nom du patient : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom du partenaire : .....Prénom :

.....

Adresse

Numéro et rue : ..... .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

Langue : .....

## **B. Données de la mutuelle et/ou de l'assurance**

Titulaire

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'assurance : .....

Mutuelle ou compagnie d'assurance

Nom : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

**C. Centre de dialyse**

Nom du centre de dialyse ou de l'hôpital : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Médecin traitant : .....

Programme de dialyse actuel : \* lu/me/ve      O matin

O après-midi

\* ma/je/sa      O matin

O après-midi

**D. Informations vacances**

Adresse de vacances en Belgique :

N° et rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Date de début dialyse de vacances : ..... / ..... / .....

Date de fin dialyse de vacances : ..... / ..... / .....

Programme de dialyse souhaité durant les vacances :

\* lu/me/ve      O matin

O après-midi

O soir

\* ma/je/sa      O matin

O après-midi

En cas d'urgence :

ICE 1 :

Nom : ..... Prénom : .....

N° tél. : ..... N° GSM : .....

ICE 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

N° tél. : ..... N° GSM : .....

**E. Transport**

Avec son propre véhicule

En taxi

## **DONNÉES MÉDICALES ET DE DIALYSE**

1. Diagnostic rénal et antécédents pertinents / comorbidité :

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

2. Date première dialyse : .....

3. Allergies :

.....  
.....

4. Soins de plaie :

.....  
.....

5. Problèmes récents durant la dialyse :

.....  
.....

6. 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

7. Groupe sanguin : ..... Facteur Rh : .....

Anticorps irrég. : .....

8. Forme de traitement :    O hémodialyse    O hémofiltration

9. Fréquence de dialyse + durée : ..... X ..... h.

10. Type membrane : .....

11. Composition dialysat : Sodium : ..... mmol/l  
Potassium : ..... mmol/l  
Bicarbonate : ..... mmol/l  
Glucose : ..... mg/dl  
Calcium : ..... mmol/l

12. 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

13. Voie d'accès :

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

14. Médication durant la dialyse :

- Anticoagulation (nous utilisons Enoxaparin IV = Clexane)
  - ° type : .....
  - ° dose et fréquence : .....
- EPO (nous utilisons Aranesp IV = 20 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 : .....

15. Traitement médicamenteux à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Candidat pour une transplantation            O oui            O non

Centre de transplantation : .....

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

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

19. Ajouter dépistage SARM récent en annexe S.V.P.