

DOSSIER PATIENT VACANCIER
Holiday dialysis request form

Objet : Demande dialyses vacances – holidays dialysis request

Nom - *surname* : _____

Prénom - *First name* :

Période souhaité - *requested period* : du - *from* ____/____/____ au - *to* ____/____/____

Unité souhaitée - *requested unit* : _____

Madame, Monsieur, - *Madame, Mister,*

Afin de pouvoir étudier la demande de votre patient(e), nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint notre dossier à compléter – *in order to study your patient's request, we kindly ask you to complete this file :*

➤ **La partie administrative** qui comprend les informations obligatoires pour toute admission,
Administrative part including information for all admission.

➤ **La partie médicale** qui doit être complétée, datée et signée par votre néphrologue et qui nous permet de proposer au patient une place adaptée à ses besoins. - *Medical part, completed, dated and signed by your nephrologist, allowing us to respond at the patient's request according to his needs.*

En plus du dossier complété, **il est impératif de nous fournir les éléments suivants** - *Additional, you have to find us these documents:*

- Justificatif d'identité LISIBLE, en cours de validité. - *the current ID card/passport*
- Attestation de sécurité sociale à jour de vos droits / ALD.
- Carte européenne d'assurance maladie pour les patients de l'UE. - *European Health Insurance Card*
- Carte de groupe sanguin. - *Blood Card*

Merci de nous retourner le dossier dûment complété à - *Please send all the completed documents at :*

bde@aair-dialyse.com

A réception du dossier, il sera soumis à nos équipes néphrologiques pour validation médicale.
On receipt of the file, it will be submitted to our nephrologists teams for medical approval

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE.
ONLY COMPLETE FILE WILL BE EXAMINED.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.- *Kinds regards.*

Le Bureau Des Entrées – *Admission office*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS
Administrative information form

Merci de compléter en LETTRES MAJUSCULES - Please fill in CAPITAL LETTERS

Informations personnelles – personal details

➤ Nom de famille - *Surname* : _____

Nom de naissance - *Birth Name* : _____

Prénom - *First name* : _____

Date de naissance - *Date of birth* : ____/____/____ Sexe - *Gender* : F M

Numéro de sécurité sociale - *number of health insurance, for french patients only* :

Adresse du domicile ou adresse postale - *Home or postal address* :

Code postal - *postal code* : _____ Ville - *city* : _____

Téléphone portable - *mobile number* : _____

Téléphone fixe - *home phone number* : _____

E-mail : _____ @ _____

➤ **Personne à contacter en cas d'urgence lors de votre séjour – Emergency contact :**

Nom de famille - *Surname* : _____

Prénom - *First name* : _____

Lien de parenté - *Relationship* : _____

Téléphone portable /fixe - *mobile / home phone number* : _____

➤ **Adresse sur le lieu de vacances - Address during holidays :** _____

Code postal - *postal code* : _____ Ville - *city* : _____

Date d'arrivée - *arrival date* : ____/____/____ heure d'arrivée - *arrival time* : ____ h ____

Date de départ - *departure date* : ____/____/____ heure de départ - *departure time* : ____ h ____

➤ **Agenda :**

Date de la dernière dialyse dans votre centre habituel – <i>date of last dialysis in your usual center</i> :	____/____/____
Date de la première dialyse souhaitée à l'AAIR – <i>date of first dialysis requested at AAIR</i> :	____/____/____
Date de dialyse retour dans votre centre habituel – <i>date of return in your usual center</i> :	____/____/____

➤ **A titre informatif : préférence de dialyse** : *for information, preference of dialysis schedule*

Lundi/mercredi/vendredi – *Monday/Wednesday/Friday* Mardi/jeudi/samedi *Tuesday/Thursday/Saturday*

Matin – *morning* après-midi – *afternoon*

FICHE MEDICALE – Medical form
Modalités- Terms and conditions

PATIENT :

Nom de famille - Surname : _____

Prénom - First name : _____

Mode de traitement - type of treatment :

<input type="checkbox"/> Domicile <i>home</i>	<input type="checkbox"/> Autodialyse <i>Satellite HD unit</i>	<input type="checkbox"/> UDM <i>Medical dialysis unit</i>	<input type="checkbox"/> Centre <i>center</i>
--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

Centre habituel - usual dialysis center

Nom du centre - Centre name :

☎ Téléphone - Phone number :

✉ Email :

Certificat médical - medical certificate

Je soussigné, Docteur - I, undersigned, Docteur _____

Certifie que l'état de santé de *certify that the health status of* Mr/Mme :

lui permet de poursuivre son traitement à l'AAIR dans - *allows him to continue his treatment at the AAIR in :*

Une unité d'autodialyse assistée, avec la présence continue d'un infirmier mais sans présence du médecin - A satellite HD unit, with the permanent presence of the nurse but without doctor.

⇒ Cela signifie que l'état du patient est stable et que les séances se déroulent sans incident. - *This means that the patient's health status is stable and the dialyses sessions take place without incident.*

Une unité de dialyse médicalisée, sans présence permanente d'un médecin, avec télémedecine possible - A main unit, without permanent presence of a doctor, with telemedecine available.

⇒ Cela signifie que l'état de santé du patient suppose une surveillance rapprochée et un suivi médical renforcé. *This means that the patient's health status requires close surveillance and reinforced medical monitoring.*

Uniquement en centre lourd, avec nécessité d'une présence médicale continue, hors unités AAIR

Only a center, requiring continuous medical presence, excluding AAIR units.

Date, cachet et signature du médecin néphrologue

Date, stamp and doctor's signature :

Protocole de dialyse - Hemodialysis treatment record

Durée de la séance - duration of the session : __H__

Rythme/semaine - pace for week : ___/semaines

Jours de dialyse habituels - habituals dialysis days :

Lundi/mercredi/vendredi - Monday/Wednesday/Friday

Mardi/jedi/samedi - Tuesday/Thursday/Saturday

Dialyseur habituel dialyzer: _____

Choix du médecin néphrologue (liste des dialyseurs en annexe) – nephrologist choice (list in appendix)

Bain de dialyse dans votre centre- dialysis bath in your dialysis center :

Acétate - acetate

Citrate - citrate

Acide chlorhydrique – hydrochloric acid

Na⁺ : _____ mmol/l K⁺ : _____ mmol/l Ca : _____ mmol/l Glucose : _____ g/l Bicar/
Natrium Kalemia Calcium Glucose

Information : a l'AAIR, le bain utilisé est un bain à l'ACETATE. *We only use acetate.*

Anticoagulation - anticoagulation :

Héparine non fractionnée – unfractionned heparin (UFH) :

Dose de charge (UI) - IU loading dose : _____

Dose/heure(UI) - IU dose per hour : _____

HBPM - low molecular weight heparin (LMWH)

Dose/séance - dose per session : _____

1^{er} bolus :

2^e bolus :

Poids sec - dry weight : _____

Prise de poids - weight gain : _____

UF Max :

Tension artérielle avant HD - blood pressure pre HD : _____

Tension artérielle après HD - blood pressure post HD : _____

Traitement par EPO - treatment by erythropoietin :

OUI (date de la dernière injection) - if yes, last injection date :

Type EPO - type : _____

Posologie - dose : _____

Fréquence - frequency : _____

NON - no

Traitement par FER - iron treatment :

OUI (date de la dernière injection) - if yes last injection date :

Type FER - type : _____

Posologie - dose : _____

Fréquence - frequency : _____

NON - no

Type d'abord vasculaire - vascular access :

- FAV type-- *AVF type* : _____ Bras - *arm* : Droit - *right* Gauche - *left*
 Prothèse - *prosthetic fistula*
 Bipuncture - *double-needle*
 Unipuncture - *single-needle*

Aiguilles (gauge) - *needles (gauge)* Aspiration *arterial aspiration* : _____ Retour *Venous return* : _____

- KT double voie - *catheter double lumen* :
 KT simple voie - *catheter single lumen* :

Type verrou - *type of locking* : _____
Vol Branche artérielle - *art. lumen* _____ ml
Vol Branche Veineuse : *venous lumen* : _____ ml

Débit sanguin - *blood flow rate*: _____
Pression artérielle - *arterial pressure*: _____
Pression veineuse - *venous pressure* _____

Problèmes médicaux actuels - *actuals medical's difficulties* :

(Joindre antécédents et traitements – *include medical history and current medication*)

Allergies – *allergy or adverse drug reaction*:

Antécédents d'allergie à une membrane de dialyse ? Si oui, laquelle ?

Problèmes en séances et surveillance particulière – *current problems*:

Groupage sanguin – *blood group* :

(Joindre photocopie avec 2 déterminations – *include copie with 2 determinations*)

Statut sérologique (contrôle < 3 mois) <i>serology statute (- 3 months)</i>	Date du contrôle – <i>date of control</i>
HBV	
Ag HBs	
Ac anti-HBs	
HCV	
PCR C	
HIV	

Transplantation – inscription sur liste d’attente - transplant - registered on the waiting list

- OUI – *yes*
 NON – *no*

Adresse du centre de transplantation : *address of the transplant center*

Code postal – *postcode* _____ Ville – *city* : _____

Téléphone – *phone number* : _____

FICHE D’AUTONOMIE PATIENT DIALYSE
Independance form

Mobilité – <i>mobility</i>	<input type="checkbox"/> Autonome <i>independent</i>	<input type="checkbox"/> Avec aide <i>with help</i>	<input type="checkbox"/> Fauteuil /brancard <i>wheelchair/stretchers</i>
Se vêtir et se dévêtir – <i>getting dressed and undressed</i>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas - <i>don't do</i>
Pesée - <i>weighing</i>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Compression - <i>compression</i>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Alimentation - <i>nutrition</i>	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Prise de poids - <i>weight gain</i>	<input type="checkbox"/> Maîtrisée <i>control</i>	<input type="checkbox"/> Variable <i>variable</i>	<input type="checkbox"/> Toujours importante <i>always considerable</i>

Joindre obligatoirement – *include imperatively*

Antécédents et/ou histoire de la maladie - *illness history (renal and general diagnoses)*

Traitement intra et interdialytique - *intra and interdialytic drugs list*

Bilan biologique complet et sérologies virales (- 3mois) - *test results and serology (less 3 months)*

Protocole de dialyse et relevé des trois dernières séances - *dialysis protocol and 3 last dialysis list*

Prescription de dialyse - *usual dialysis prescription*

Date :

Cachet et Signature du Médecin Néphrologue - *stamp and doctor's signature :*

FORMULAIRE DE CONSENTEMENTS DU PATIENT

Patient's consents form

Je soussigné(e), **NOM** : _____ **Prénom** : _____ Né(e) le: __/__/____ à:
I, undersigned, **SURNAME** **FIRST NAME** : Born : _____ in

Consentements aux soins
Treatments consents

Déclare avoir été informé.e des différentes techniques de dialyse et accepter l'orientation qui m'est proposée par mon médecin, selon ma situation : soit en unité d'autodialyse (UAD), en unité de dialyse médicalisée (UDM) ou à mon domicile.

I declare that I have been informed of several dialysis techniques and to accept the orientation proposed by the doctor, depending on my situation : in a satellite unit, a medical unit or at home.

Accepte de réaliser tous les examens nécessaires prescrits dans le cadre de mon suivi. En cas de refus, je peux en discuter avec un médecin

I accept to realize all the required exams as part of my medical follow-up. In case of refusal, I can discuss this with a doctor.

Déclare avoir été informé.e de possible(s) changements d'horaire(s), de jours de dialyse et d'unité en cas de survenue d'un événement indésirable

I declare that I have been informed of the possibility of changing dialysis times, days and units, in case of undesirable event.

Télémedecine et circulation d'informations médicales
Telemedicine and medical information circulation

J'ai compris que je bénéficierai à minima d'une visite/mois du médecin néphrologue dans mon unité de dialyse

I understand that I'll have 1 nephrologist's visit per month at minimum in my unit.

En unité de dialyse médicalisée, j'ai compris que je pourrai également bénéficier de téléconsultations en complément des visites sur site

In medical unit, I understand that I could benefit from teleconsultation, in addition to on-site visits.

Je déclare avoir été informé.e et donne mon accord, sauf opposition écrite de ma part, pour que les informations médicales me concernant soient échangées entre les professionnels de santé et l'AAIR à la seule condition qu'elles soient strictement utiles et nécessaires dans le cadre de mon suivi médical. En particulier, je suis informé et j'ai donné mon accord pour permettre le transfert de mon dossier patient vers les hôpitaux adhérents du GCS Oris. I declare being informed and give my agreement unless I give written objection that my medical information can be shared between health professional and AAIR on the sole condition that they will be strictly useful and necessary for my medical follow-up. In particular, I'm informed and gave my agreement to allow my medical file transfert towards the adherents hospitals of GCS ORIS.

Date et signature du patient, précédées de la mention « lu et approuvé » :

Date and signature, preceded by the mention : « read and approved » :

**FORMULAIRE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
ET TRACABILITE DE LA RECHERCHE DES DIRECTIVES ANTICIPEES**
Trusted person designation form and traceability of the search for advance directives

Désignation de la personne de confiance par le patient
Trusted person designation by the patient
(Article L 1111-6 du C S P)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est à faire par écrit.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner ou pas une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

Any person over the age of majority can designate a trusted person who can be a parent, a close family member or the general practitioner. This person will be consulted in the event that the patient is unable to express his or her wishes and receive the information required to do so. This designation must be written.

I acknowledge being informed of the possibility to designate or not a trusted person for the duration of the stay. I may revoke this designation at any time and in this case I commit myself to inform the establishment by writing the designation form ;

Je souhaite désigner une personne de confiance :

I wish designated my trust person :

OUI

Yes

NON

No

Je soussigné (e) :

I undersigned

Nom marital :

Married name:

Nom de jeune fille :

Maiden name:

Prénoms :

First names :

Date et lieu de naissance:

Date and place of birth:

Telephone(s) :

Phone numbers :

Désigne la personne de confiance suivante:

I designate the following trusted person:

Nom marital :

Married Name:

Nom de jeune fille:

Maiden name:

Prénoms :

First names :

Date et lieu de naissance :

Date and place of birth:

Telephone(s) :

Phone numbers :

Signatures (patient et personne de confiance) :

Traçabilité et information de la recherche des directives anticipées
Traceability and information of the search for advance directives
(Article L 1111-6 du C S P)

Avez-vous déjà été informé sur les directives anticipées ? OUI NON

Have you already been informed about the advance directives ?

Yes

No

Si vous avez déjà rédigé des directives anticipées, précisez qui les détient :

If you have already written advance directives, precise who possesses them :

Si non, pour tout renseignement, parlez-en aux membres de l'équipes soignantes qui vous prennent en charge dans votre unité (If not : for any information, speak to the nurses of your unit

Fait le :

Signature :