UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE

Clinique Mutualiste de Lesparre
64, rue Aristide Briand 33340 Lesparre

Secrétariat : 05 56 73 10 97 **Fax :** 05 56 73 22 41
Cadre de santé (M. EPEE) : 05.56.73.22.53
IDE Coordinatrice (Mme FAYOL) : 05 56 73 10 32 (du lundi au vendredi de 9h à 17h)
Mail sécurisé pour les professionnels de santé : dialyse.cliniquemedoc@na.mssante.fr

Fait à ……, le ……/……/…….

Madame, Monsieur,

Afin de constituer le dossier de votre patient(e) Mme/M. …… pour l'accueillir à l'UDM à Lesparre à partir du ……/……/…… au ……/……/……, merci de nous retourner son dossier complété.
Vous trouverez ci-joint le questionnaire médical à compléter par votre centre. Afin d'étudier votre demande, merci également de nous transmettre les pièces ci-dessous, **même si vous avez déjà séjourné dans cette unité** :

- ☐ Carte de groupe sanguin deux déterminations,
- ☐ Personne de confiance,
- ☐ Dossier médical (histoire de la maladie, antécédents, traitement)
- ☐ Prescriptions,
- ☐ Dernières sérologies de moins de 30 jours,
- ☐ Derniers bilans sanguins,
- ☐ Écho-doppler de la Fistule Artério-Veineuse (FAV)
- ☐ Électrocardiogramme (ECG)
- ☐ Feuilles des 3 dernières séances de dialyse
- ☐ Carte Nationale d'Identité ou passeport
- ☐ Carte vitale
- ☐ Carte de mutuelle ou CEAM

Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

Veuillez croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Mme Maeva FAYOL
IDE Coordinatrice

QUESTIONNAIRE MEDICAL

IMPORTANT :

☐ **Ce questionnaire doit être signé de votre médecin**

☐ Pour que nous puissions vous prendre en charge **vous devez impérativement le retourner au minimum DEUX MOIS avant votre séjour.**

Nom de naissance: .....
Premier prénom de naissance : .....
Prénoms de naissance : .....
Nom utilisé : .....
Prénom utilisé : .....
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Date de naissance : ..... / ..... / .....
Lieu de naissance : .....
Code postal du lieu de naissance : .....
Téléphone(s) personnel(s) : .....
Adresse mail : .....
Adresse : .....
.....
Caisse d'Assurance Maladie : .....
IMPORTANT : Adresse de la Caisse : .....
.....
N° de sécurité sociale (NIR) : .....

JOINDRE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURE SOCIAL ou CEAM (carte européenne d'assurance maladie) en cours de validité.

Néphropathie d'origine : .....
Date de la première dialyse : .....
Lieu de traitement habituel : .....

☐ CENTRE LOURD ☐ UDM ☐ AUTODIALYSE

Nom du médecin responsable :
.....

Adresse postale du centre :
.....
.....
Adresse mail du centre : .....
Téléphone du centre : .....

Nom + prénom du patient :

Adresse complète du lieu de villégiature du patient :
.....
.....
Si hébergé(e) chez un proche, identité complète de la personne :
.....
Mode de transport dialyse :
.....
Nom et téléphone du transporteur :
.....
Nombres de séances prévues :
.....

BAIN
Na : .....K : .....Ca :.....RA : .....

FILTRE
Type : ..... Autres membranes : .....

AIGUILLES
Marque : .....
Type : ..... ☐15 G ..... ☐16G..... ☐17 G.....

HEPARINE
☐Ordinaire **☐Bas poids moléculaire**
Marque : .....
PROTOCOLE **☐ Dose charge.....**
☐ Dose entretien ..... T.....
Continue .....

ACCES AUX VAISSEAUX
Type : .....
Ponctions : **☐ uniponcture** **☐ biponcture**
☐ droit **☐ gauche**

PROBLEMES POSES PAR CET ABORD :
.....
.....
.....

DIALYSE
Rythme et durée des séances : .....heures X ..... /semaine
Jours de dialyse : ☐Lundi ☐Mardi ☐Mercredi ☐Jeudi ☐Vendredi ☐Samedi ☐Dimanche
☐Matin ☐ Après-midi
Poids de base : ..... Gradiants interdialytiques .....
Pression artérielle habituelle :.....

Pavillon de la Mutualité
Mutualité Française Gironde
Clinique Mutualiste du Médoc

Membre de vyv

CHU BDX CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX

Nom + prénom du patient :

Débit sanguin : .....
Allergie(s) : .....
.....
UF maxi : .....

En cours de séance :

Pression veineuse : ..... TA : .....
Effets adverses éventuels : ☐ hypovolémie ☐ vomissements ☐ céphalées ☐ crampes

Traitements en cours de séances
Posologie :

- ☐ **fer/30ccNacl SE :**
- ☐ **EPO IV :**
- ☐ **UN ALFA IV :**

STATUT SEROLOGIQUE

Situation vis à vis de l'hépatite B
Ag-Hbs : .....date : ..... Ac anti-Hbs : .....date : .....

Sérologie HCV : ..... date : .....
Sérologie HIV : ..... date : .....

Groupe sanguin (joindre photocopie) : .....

INSCRIPTION SUR UN PROGRAMME DE TRANSPLANTATION :
☐NON ☐OUI Depuis le : ……/……/……..

TRAITEMENT MEDICAL :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom + prénom du patient :

PROBLEMES PARTICULIERS

En cours de dialyse :

.....

.....

Médicaux et généraux :

.....

.....

Dans ce cas un courrier de votre médecin est indispensable

AUTONOMIE DU PATIENT

Transport :

☐ VP ☐ Taxi / VSL ☐ Ambulance couché

Autonomie dans la mobilité (déplacements, installations au fauteuil, …) :

☐ Oui ☐ Non

Si non :

☐ Déambulateur ☐ Cannes ☐ Fauteuil roulant ☐ Grabataire

Pesée seul(e) :

☐ Oui ☐ Non

Compression FAV seul(e) :

☐ Oui ☐ Non

Troubles cognitifs impactant la prise en charge ou l'autonomie du patient dialysé :

☐ Oui ☐ Non

Troubles du comportement :

☐ Oui ☐ Non

Date : ……/……/……

Signature du néphrologue :

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Vous allez être, ou êtes déjà, hospitalisé(e) à la Clinique Mutualiste du Médoc.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a intégré la notion de personne de confiance qui stipule à l'article L 1111-6 :

« 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 faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

Savez-vous ce qu'est une personne de confiance ? Connaissez-vous vos droits à cet égard ?

La note explicative ci-dessous répondra à vos questions.

Quels sont les rôles de la personne de confiance ?

- Lorsque vous disposez de toutes vos facultés de discernement, la personne de confiance vous accompagne et vous assiste. Toutefois, elle n'est pas obligée de vous suivre à chaque examen médical si vous ne le désirez pas.
- Si vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté durant votre hospitalisation, la mission de la personne de confiance est alors d'être votre interlocuteur direct avec le médecin. Ce dernier est dans l'obligation de la consulter, avant toute intervention ou toute investigation sur vous, hors cas d'urgence ou d'impossibilité.

Il est important de souligner qu'en aucun cas la personne de confiance ne se substitue à vous : elle ne prend donc jamais votre place sur le plan juridique.

Qui peut désigner la personne de confiance ?

Toute personne majeure peut nommer une personne de confiance.
Sont donc exclus les mineurs, les personnes mises sous tutelle et les personnes mises sous curatelle.

Qui peut avoir la qualité de personne de confiance ?

Un parent, un proche, votre médecin traitant

Quand pouvez-vous désigner une personne de confiance ?

Avant toute hospitalisation, vous pouvez désigner une personne de confiance. Toutefois, ce n'est pas une obligation.

Comment désigner une personne de confiance ?

A chaque hospitalisation, la clinique doit vous le proposer via ce formulaire de désignation.
La désignation de la personne de confiance est obligatoirement faite par écrit.

Comment révoquer une personne de confiance ?

Vous ne pouvez avoir qu'une seule personne de confiance à la fois. Aussi, avant d'en désigner une nouvelle, vous devez révoquer l'ancienne de façon orale ou par écrit.

La personne désignée comme « personne à prévenir » doit-elle être la même que la personne désignée comme « personne de confiance » ?

Il vous a été ou il vous sera demandé de désigner « une personne à prévenir ». La personne désignée peut être la même pour les deux rubriques mais ce n'est pas une obligation. Il peut s'agir de deux personnes différentes.

Merci de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous et le remettre au secrétariat médical d'anesthésie ou au personnel soignant du service où vous êtes hospitalisé(e)

Je, soussigné(e) *(nom de naissance, prénom)* .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....

Désigne :
Nom, prénom : .....
Adresse : .....
.....
Tel : ..... *Email :* .....
Lien avec la personne (parent, proche, médecin traitant) : .....
Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement.

J'ai bien noté que cette personne :

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consultée par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire.

Sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans sa consultation préalable.

- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que j'aurais indiquées au médecin et que je juge confidentielles.
- Sera informée par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à ..... le .....

Votre signature | Signature de la personne désignée

☐ Le/La patient(e) ne veut pas désigner une personne de confiance
☐ Le/La patient(e) ne peut pas désigner une personne de confiance

Directives anticipées : ☐ Existantes ☐ Non existantes

Ce document fait partie intégrante du dossier patient

Pavillon de la Mutualité
Mutualité Française Gironde
Clinique Mutualiste du Médoc

Membre de vyv3

CHU BDX CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX

GROUPE vyv

Autorisation de publication

Dans le cadre de son activité, le **Groupe VYV**
(composé de l'Union Mutualiste de Groupe (UMG) Groupe VYV, de l'Union VYV3 et de l'Union de Groupe Mutualiste (UGM) VYV Coopération et leurs affiliés),
souhaite **illustrer ses supports de communication institutionnelle d'images** de personnes physiques.

À cet effet, le Groupe VYV vous demande **l'autorisation de reproduire et de diffuser, à titre gratuit, votre image** recueillie aux moyens de photographies ou de films réalisés par la direction de la communication ou par un prestataire engagé par le Groupe VYV **dans le cadre de ses publications internes et externes**.

L'exploitation de ces images se fera **pour un usage non commercial**, sur tous les supports connus et inconnus à ce jour (imprimés ou en ligne) par les personnels habilités du Groupe VYV dans la limite de leurs attributions respectives ainsi que les personnels habilités des prestataires intervenant dans le traitement de l'image (collecte, mise en page, édition...).

Cette exploitation est valable pour tous les pays de l'Union Européenne régis par le RGPD, **pour une durée de 10 ans** (dix ans) à compter de la date de signature, sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre remise en main propre contre récépissé.

La dénonciation prend effet et 1 mois (un mois) après la réception de la demande. Vos données et images seront supprimées au plus tard 5 ans (cinq ans) après la cessation de la présente autorisation.

Ces images seront visibles par toute personne susceptible de consulter les documents institu-tionnels des entités du Groupe VYV.

Les éventuels commentaires, titres ou légendes accompagnant la reproduction ou la représen-tation de vos images **ne porteront aucunement atteinte à votre réputation ou à votre vie privée**.

Vous pouvez prendre connaissance de vos droits attachés à vos données en consultant le verso du présent document.

Je, soussigné(e) *[Prénom - NOM]* . . . . . .

Né(e) le *[date]* . . . . / . . . . /. . . .

Demeurant à *[adresse]* . . . . . .

. . . . . .

Représentant légal de *[Prénom - NOM]* . . . . . .

Donne au Groupe VYV, tel que décrit ci-dessus, l'autorisation de capter, enregistrer et exploiter mon image pour un usage non commercial, la prise de vue étant réalisée à *[adresse]*:

. . . . . .

. . . . . .

Consentement du mineur

○ On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.

○ On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement.

Et je suis d'accord pour que l'on enregistre mon image pour ce projet.

Le *[date]*
. . . . /. . . . /. . . .

Signature du mineur

Le responsable du traitement des données à caractère personnel est Groupe VYV, Union mutualiste de groupe (UMG) soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro 532 661 832, ayant son siège situé 62-68, rue Jeanne-d'Arc - 75013 Paris, représentée par son président, monsieur Stéphane Junique.

VOS DROITS

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez du droit de demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous disposez encore du droit de solliciter la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité de vos données.

POUR L'EXERCICE DE VOS DROITS

Vous pouvez adresser une demande par courrier ou courriel, en fournissant une copie d'un justificatif de votre identité, à l'adresse du DPO (Data protection officer) du Pavillon de la Mutualité.

Par courrier : 46 avenue du Docteur Schweitzer 33608 Pessac cedex
Par e-mail : dpd@pavillon-mutualite.fr.

Enfin, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sise 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 - Tél.+33(0)1 53 73 22 22 ou via formulaire en ligne: www.cnil.fr/fr/plaintes.

Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.