

## 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

**IDE Coordinatrice** : 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 traiter votre demande de séjour dans notre UDM à Lesparre du ..... au .....

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 :

- carte de groupe sanguin,
- personne de confiance,
- dossier médical (histoire de la maladie, ATCD, traitement)
- prescriptions,
- dernières sérologies de moins de 3 mois,
- derniers bilans sanguins,
- écho-doppler FAV
- ECG.

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

Veillez 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** même si vous avez déjà séjourné dans cette unité.
- Pour que nous puissions vous prendre en charge **vous devez impérativement le retourner UN MOIS avant votre séjour.**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone(s) : .....

Adresse : .....

.....

.....

Caisse d'Assurance Maladie : .....

IMPORTANT : Adresse de la Caisse : .....

.....

N° d'immatriculation : .....

**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 du centre : .....

.....

Téléphone : .....

.....

Adresse de vacances : .....

.....

Téléphone(s) : .....

.....

Mode de transport dialyse : .....

.....

Nom et téléphone du transporteur : .....

.....

Dates du séjour : .....

.....

Nombres de séances prévues : .....

.....

Nom patient :

**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 : ..... X ..... heures

Poids de base : ..... Gradients interdialytiques .....

Pression artérielle habituelle : .....

Débit sanguin : .....

Allergie(s) : .....

UF maxi : .....

**En cours de séance :**

Pression veineuse : ..... TA : .....

Effets aduerses éventuels :  hypovolémie  vomissements  céphalées  crampes

**Signature du néphrologue :**

**Nom patient :**

**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 :**

.....

**TRAITEMENT MEDICAL :**

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

**PROBLEMES PARTICULIERS**

***En ce cas un courrier de votre médecin est indispensable***

**En cours de dialyse :**

.....  
.....

**Médicaux et généraux :**

.....  
.....

**Signature du néphrologue :**

**Attestation de la(non) désignation d'une « personne de confiance »**  
(partie à remplir et à remettre pour conservation dans votre dossier)

Je, soussigné(e),.....ne souhaite pas désigner de  
personne de confiance. (1)

Je  
soussigné(e),.....désigne.....  
.....  
.....  
(Préciser le liant vous unissant avec cette personne) en qualité de personne de confiance. (1)

A.....le.....

Signature :

(1) Rayer la mention inutile