

**CENTRE HOSPITALIER
DU NORD**
120, Avenue Salentiny
L-9080 ETTTELBRUCK



DIALYSE
Téléphone: 8166-5760

Fax: 8166-5769

Dr. Bauler Marcel / Dr. Braconnier Philippe
Dr. Schmit Eric / Dr. Weis Daniel
Dr. Regenauer Ron

Madame,
Monsieur,

Nous vous remercions de votre demande de dialyse dans notre centre durant la période

du _____ au _____

Par la présente nous vous prions de bien vouloir nous retourner le questionnaire ci-joint dûment rempli par votre médecin de dialyse.

Veuillez nous envoyer un bilan sanguin actuel, des prélèvements MRSA, MDRO, hépatite B/C, HIV (tous les prélèvements datant de moins de 1 mois) et un rapport médical actualisé.

La confirmation de prise en charge sera possible qu'après la réception de ces documents.

Afin de pouvoir vous communiquer le jour et l'heure exacte de votre première dialyse dans notre centre, nous vous prions de nous téléphoner 15 jours avant votre départ pour le Luxembourg.

Veuillez-vous munir de votre carte de sécurité sociale et de votre carte d'identité pour l'admission à l'hôpital avant votre première séance.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom du soignant



Questionnaire

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Matricule _____

E-Mail _____

Adresse privée _____

Tél. _____ Fax _____

Adresse vacance _____

Tél. _____ Fax _____

Adresse de votre
centre de dialyse _____

Tél. _____ Fax _____

Date de la première dialyse : _____

Néphropathie : _____ Diurèse résiduelle (ml): _____

Maladies associées : _____

Allergies : _____

Shunt : ☐ oui ☐ non ☐ Goretex

☐ gauche ☐ droit ☐ Localisation _____

☐ Uniponction ☐ Biponction ☐ Débit sanguin _____ ml/min

☐ Aiguille (Gauge et longueur) _____

Cathéter : ☐ gauche ☐ droit ☐ Localisation : _____

☐ Une voie ☐ double voie

☐ Verrou : (principe actif) _____ / A = _____ ml V = _____ ml.

Durée (h) : _____

Questionnaire

☐ matin

Jours de dialyse dans votre centre _____

☐ après- midi

Dernière dialyse dans votre centre _____

Prochaine dialyse dans votre centre _____

Membrane _____ Surface _____ Coef. _____

Dialysat : Sodium (mval/l) _____ Potassium (mval/l) _____

Ca (mval/l) _____ Gluc. (mg %) _____

Anticoagulation :

☐ Héparine : Dose de charge _____ Dose d'entretien _____ U.I./h

☐ HBPM : _____ mg

☐ Autre : _____

Complications en dialyse

Poids sec _____ Prise de poids _____

TA avant dialyse _____ TA après dialyse _____

ECG _____ Liste de transplantation ☐ oui ☐ non

Groupe sanguin _____

Médicaments en dialyse _____

Médicaments (à domicile) _____

Questionnaire

A joindre s.v.p. :

- analyse de sang actuelle
- sérologies Hep. B/C et HIV (datant de moins de 1 mois)
- prélèvement MRSA (nez, bouche, inguinal) (datant de moins de 1 mois)
- Prélèvement MDRO (rectal) (datant de moins de 1 mois)
- rapport médical actualisé
- liste des médicaments
- groupe sanguin
- copie de la carte d'identité
- copie de la carte sécurité sociale
- formulaire S2 (à demander auprès de votre caisse de maladie)