



Service de Dialyse

Tél.: +352 8166-5760 / Fax: +352 8166-5769

Dr. Bauler Marcel / Dr. Boulmerka Hocine /

Dr. Henriquez Daniel / Dr. Weis Daniel /

Dr. Braconnier Philippe

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.

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

Une confirmation nous est 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 contacter 15 jours avant votre départ.

Veillez-vous munir de votre carte de sécurité sociale et de votre carte d'identité.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom / signature du soignant

QUESTIONNAIRE

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Matricule _____

Adresse E-Mail _____

Adresse postale _____

Tél. _____ Fax _____

Adresse vacances _____

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) _____

Jours de dialyse dans votre centre _____ matin
 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 :

Documents à joindre s.v.p.:

- analyse sanguin actualisée
- sérologies Hep. B/C et SIDA (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
- liste des médicaments
- groupe sanguin
- copie de la carte d'identité
- copie de la carte sécurité sociale