|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CHL_LOGO_CMYK | **Dossier vacances français** | **Formulaire**Réf. : **DIA-FO-826**Version **006**du **22/02/2021** |
| Dialyse | Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Public | Julien BONNEAU | Catherine HAFFNER  | Linda BENCHALEL |
| Diffusion :   |   | Co auteurs :   |

**DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE**

**SERVICE DE NEPHROLOGIE**

**Secrétariat Tel. (+352) 44112022 - Fax  (+352) 44116887**

**Hospitalisation Tel. (+352) 44112736**

**Dialyse Tel. (+352) 44112343 – Fax (+352) 44116056 / Limited Care Tel. (+352) 44112343**

**Mail : dialyse@chl.lu**

|  |
| --- |
| Nom, adresse et sécurité sociale      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordonnées du centre de dialyse:** |  | **Coordonnées du lieu de résidence durant les vacances :** |
| Nom et Adresse :       |  | Nom et Adresse :       |
| Téléphone :       |  | Téléphone :       |
|  |  | GSM :       |
| Fax:       |  | Fax :       |
| E-Mail:       |  | E-Mail:       |

**Personne à contacter en cas d’urgence (Nom, adresse et n° de téléphone) :**

**Dates et heures de séances vacances souhaitées :**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATES** | **HEURES** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**Données médicales*:*** *(à faire remplir par le médecin traitant)*

**Causes de l’IRC** :

**Antécédents médicaux** :

**Antécédents chirurgicaux :**

**Allergies :**

**Traitements médicaux en hémodialyse** :(joindre copie)

**Traitements médicaux à la maison** :(joindre copie)

**Données de dialyse :** (*à* *vérifier par le médecin*)

1. ***Dialyse :***
* *TA avant :*
* *TA après :*
* *Durée de dialyse :*
* *Poids sec :*
* *Prise de poids entre 2 HD :*
* *Vitesse de la pompe :*
* *Débit dialysat :*
* *Profil UF :*
* *Profil Na :*
* *Anticoagulant****:***
1. ***Dialysat :***
* *HCO3- :*
* *Na+ :*
* *K+ :*
* *Ca++ :*
* *Glucose :*
1. ***Accès vasculaire :***
* ***FAV :***
* *[ ]  Gauche /* *[ ]  Droite*
* *Localisation :*
* *[ ]  Uni ponction :* *[ ]  aiguille /* *[ ]  cathéter*
* *[ ]  Bi ponction : veine :* *[ ]  aiguille /* *[ ]  cathéter*

 *artère : [ ]  aiguille / [ ]  cathéter*

* ***Hickman :***

*[ ]  Gauche /* *[ ]  Droite*

* *Localisation :*
* *[ ]  Uni lumen /* *[ ]  Bi lumen*
* *Dose d’héparine dans chaque branche :*
* *Uni lumen :*       *ml*
* *Bi lumen : - veine :*       *ml*

 *- artère :*       *ml*

1. ***Hémodialyseur :***
* *Type :*
* *Surface :*
* *Membrane :* [ ]  **FX 80** **[ ]  FX 100** **[ ]  FX 60** **[ ]  SURFLUX 1.5** **[ ]  SURFLUX 1.7** **[ ]  SURFLUX 2.1** [ ]  **FX 120**

*Autres :*

**ANALYSE :**

* Sérologie :(hépatite A, B, C et HIV) (copie résultats de moins de 3 mois)
* Biochimie - Hématologie récentes  (copie résultats)
* Groupe sanguin  (copie résultats)
* MRSA (Staphylocoque aureus résistant à la méticilline) screening nez, gorge, plis inguinaux, fistule artério-veineuse, cathéter de dialyse (copie résultats)
* Screening anal (copie résultats)

ESBL = Bactéries productrices de béta-lactamases à spectre élargi

VRE = Entérocoque résistant à la vancomycine

CPE = Entérobactérie productrice de carbapénèmases

* Statut Covid-19, date du dernier test, statut vaccinal (copie résultats)
* RX Thorax et ECG
* Copie de la carte de sécurité social européenne et/ou autre preuve de prise en charge

**Le patient est sur une liste d’attente de transplantation :*****[ ]*** *oui /* *[ ]  non*

Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter :

Mme Catherine HAFFNER

Email : dialyse@chl.lu

Tel. (+352) 4411-2343

Veuillez bien joindre une copie de la carte européenne de la sécurité sociale ou de la prise en charge.

L’équipe de dialyse du Centre Hospitalier de Luxembourg