



## FICHE ADMINISTRATIVE D'ADMISSION

### 1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### 1.1 Identité du patient :

Joindre une copie de la pièce d'identité

NOM : ..... PRENOM : .....  
NOM DE NAISSANCE : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
Lieu de naissance : ..... NATIONALITE : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL DOMICILE : ..... /..... /..... /..... /.....  
TEL PORTABLE : ..... /..... /..... /..... /..... MAIL : .....  
Situation :  Salarié(e)  Retraité(e)  Sans emploi  Invalide  Profession libérale

#### 1.2 Personne de confiance:

NOM/PRENOM : ..... TEL DOMICILE : ..... /..... /..... /..... /.....  
 Parent  Proche  Médecin traitant TEL PORTABLE : ..... /..... /..... /..... /.....

#### 1.3 Personne à prévenir en cas d'urgence:

NOM/PRENOM : ..... TEL DOMICILE : ..... /..... /..... /..... /.....  
 Parent  Proche  Médecin traitant TEL PORTABLE : ..... /..... /..... /..... /.....

#### 1.4 Caisse de sécurité sociale et mutuelle

Joindre une photocopie de l'attestation de prise en charge maladie délivrée par votre caisse et/ou de votre mutuelle.

Nom de l'assuré : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
N° sécurité sociale : ..... /..... /..... /..... /..... /..... /.....  
Caisse de sécurité sociale et adresse : .....  
.....

#### 1.5 Séjour de vacances:

Jours de dialyse souhaités :  lundi/mercredi/vendredi  mardi/jeudi/samedi  
Horaires souhaités :  matin  après midi  
Période de prise en charge souhaitée : du ...../...../..... au ...../...../.....  
Date de la première séance de dialyse souhaité dans notre centre: ...../...../.....  
Date de la dernière séance de dialyse dans notre centre : ...../...../.....  
ADRESSE DE VACANCES:.....  
.....  
TEL DU LIEU DE VACANCES : ..... /..... /..... /..... /.....



## FICHE ADMINISTRATIVE D'ADMISSION (suite)

NOM : ..... PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

### 1.6 Centre de néphrologie:

NOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....

TEL : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... FAX : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### 1.7 Néphrologue référent:

NOM : .....  
TEL : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... TEL PORTABLE : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### 1.8 Médecin traitant:

NOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....

TEL : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... TEL PORTABLE : ..... / ..... / ..... / ..... / .....



## FICHE MEDICALE (A remplir par le néphrologue référent)

### 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM : ..... PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

#### 2.1 Abord vasculaire:

- Droite  Gauche  
 Uniponction  Biponction  
Type d'aiguille : A : ..... V : .....  
Difficulté à la ponction ? :  
 oui  non

#### 2.2 Dossier médical :

Néphropathie initiale : .....  
Date première dialyse : ...../...../.....

Antécédents médicaux : (à remplir ou nous joindre un résumé du dossier médical) :



**FICHE MEDICALE (A remplir par le néphrologue référent) (suite)**

NOM : ..... PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

**2.3 Prescription habituelle de dialyse :**

Centre     UDM     Autodialyse     Domicile     HD     HDF

**Le patient peut-il être pris en charge en hémodialyse conventionnelle en unité d'autodialyse assistée sans présence médicale permanente :**     oui     non

*Commentaires* : .....

Nombre de séances hebdomadaires : ..... Poids sec : .....

Jours : ..... Prise de poids (moyenne) : .....

TA avant dialyse : .....

TA après dialyse : .....

Durée:.....

Dialyseur : .....

**Dialysat :**

Na<sup>+</sup> : ..... HOC3<sup>-</sup> : .....

K<sup>+</sup> : ..... Ca<sup>+</sup> : .....

T° bain : .....

**Paramètres :**

Débit sanguin : .....

UF max tolérée : .....

Héparinisation du circuit : .....

**2.4 Traitement médical:**

- **Pendant la séance :**

**Erythropoïétine :**

Type : ..... Dose : ..... Rythme : .....

Site d'injection :                     I.V                     S.C

**Fer :**

Type : ..... Dose : ..... Rythme : .....

**Autre(s) :** .....

- **En dehors de la séance :**

**2.5 Allergie(s) et/ou intolérance(s) :**

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



## FICHE MEDICALE (A remplir par le néphrologue référent) (suite)

NOM:..... PRENOM :.....  
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

### **2.7 Sérologies virales**

Merci de joindre le résultat des dernières sérologies virales (hépatites B- C- VIH1 et 2) de moins de 3 mois.

### **2.8 Transplantation**

Inscrit :  oui  non  en cours de bilan

Coordonnée du centre transplanteur :

.....  
.....

### **2.9 Observations**

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

Date : ...../...../.....

### **AVIS MEDICAL ET ADMINISTRATIF**

*Réservé au centre*

Avis médical du Docteur :.....  oui  non

Date : ...../...../.....

Prescription HEMADIALYSE faite le : ...../...../.....

Commentaires :

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