

## FORMULAIRE de demande d'inscription à la dialyse en vacances à Veurne

<b>H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw</b> Wilgenstraat 2 8800 Roeselare tel. 051 23 71 11 fax 051 23 70 60 e-mail: <a href="mailto:info@hhr.be">info@hhr.be</a> <a href="http://www.hhr.be/">www.hhr.be/</a>	<b>Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman vzw</b> Briekestraat 12 8900 Ieper tel. 057 35 35 35 fax 057 35 36 37 e-mail: <a href="mailto:informatie@yperman.net">informatie@yperman.net</a> <a href="http://www.yperman.net/">www.yperman.net/</a>	<b>AZ Sint-Augustinus Veurne</b> Ieperse Steenweg 100 8630 Veurne tel. 058 33 31 11 fax 058 33 30 11 e-mail: <a href="mailto:info@azsav.be">info@azsav.be</a> <a href="http://www.azsav.be/">www.azsav.be/</a>
---	---	--

### L' hémodialyse en vacances

Centre d' autodialyse collective à Veurne

Klinieklaan 1, B-8630 Veurne

Tel. 00 32 (0)58 33 38 20 of 00 32 (0)58 33 31 11 – Fax 00 32 (0)58 33 38 24

E-mail: [cad@azsav.be](mailto:cad@azsav.be)

Chère Madame, cher Monsieur,

**Veillez renvoyer ce formulaire dûment rempli au moins 4 semaines avant votre première dialyse de vacances, à l'adresse CAD Veurne – Klinieklaan 1 – B- 8630 Veurne, ou par fax au numéro 00 32 (0)58 33 38 24**

### 1<sup>ière</sup> partie: DONNÉES à REMPLIR PAR LE PATIENT

#### A. Données personnelles

Nom (nom de fille)	Prénom:
Rue:	Numéro:
Code postal:	Commune:
Pays:	Nationalité:
Numéro de téléphone:	Portable:
E-mail:	Date de naissance:
Langue maternelle :	

**Veillez ajouter une copie de votre carte d' identité (les 2 cotés svp)**

#### B. Votre centre de dialyse actuel

Nom du centre de dialyse :	
Commune:	Pays:
Numéro de téléphone:	Fax:
E-mail:	
Médecin traitant:	

### C. Informations concernant les vacances :

Rue de votre lieu de vacances :	
Code postal :	Commune:
Numéro de téléphone:	
La première dialyse le :	
La dernière dialyse le :	
De préférence	<input type="checkbox"/> Le matin      Lundi / Mercredi/ IVendredi
	<input type="checkbox"/> L'après-midi      Lundi / Mercredi/ IVendredi
	<input type="checkbox"/> Le matin      Mardi/ Jeudi/ Samedi
Mais pour raisons d'organisation on peut vous proposer une autre séance de dialyse.	
Qui doit être averti en cas de difficultés pendant vos séances de dialyse à Furnes ? (Nom, adresse, numéro de téléphone)	

### D. Données de votre Mutualité / Assurance

<b><i>Pour les Belges :</i></b>
Nom + Numéro de Mutualité (Carte-SIS):
Nom titulaire :
Numéro d'inscription + code
Vignette à coller (mutualité)
<b><i>Pour les étrangers :</i></b>
<b><u>Envoyer</u></b> le formulaire E112 et la carte Eurocross s.v.p

### E. Transport

Le centre fournit lui-même la mise en service de moyens de transport au départ et vers le centre de dialyse de Veurne (Furnes) et cela via l'assurance-maladie du patient.
--





<b>Anticoagulation :</b>	
Héparine, Fraxiparine, Clexane, Fragmin, Citrate, Imnohep, autres	
Dose de départ:	
Dose d'entretien :	
<input type="checkbox"/>	Intermittente
<input type="checkbox"/>	Continue

<b>Abord vasculaire:</b>			
<b>Fistule artérioveineuse</b>	Native / synthétique		
	Position:		
	Unipuncture / bipuncture		
	Aiguille / cathéter	Diamètre: (Gauge):	
<b>Cathéter de dialyse</b>	Type:		
	Position:		
	Simple / double lumen :		
	Comment remplir le cathéter après dialyse?		
	<input type="checkbox"/>	Heparine pure	volume:
	<input type="checkbox"/>	Heparine diluée	volume:
	<input type="checkbox"/>	Citrate (30%)	volume:
	<input type="checkbox"/>	Autres	volume:
<b>Candidat à la greffe rénale:</b>			
Centre de transplantation:	<input type="checkbox"/>	Oui	
	<input type="checkbox"/>	Non	

Nom du médecin, date, signature, fax, e-mail: