



Dialyse et nutrition

**AURAR** - Siège social

73, Rue des Navigateurs - CS 11018

97434 SAINT GILLES LES BAINS

www.aurar.fr

Courriel : siege@aurar.fr

Tél. : 0262 45 76 10 - Fax : 0262 45 68 88

**DEMANDE DE VACANCES DE .....**

**du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....**

**En provenance du centre d'hémodialyse de**

.....  
.....





Nom :

Prénom :

Centre :

Date :

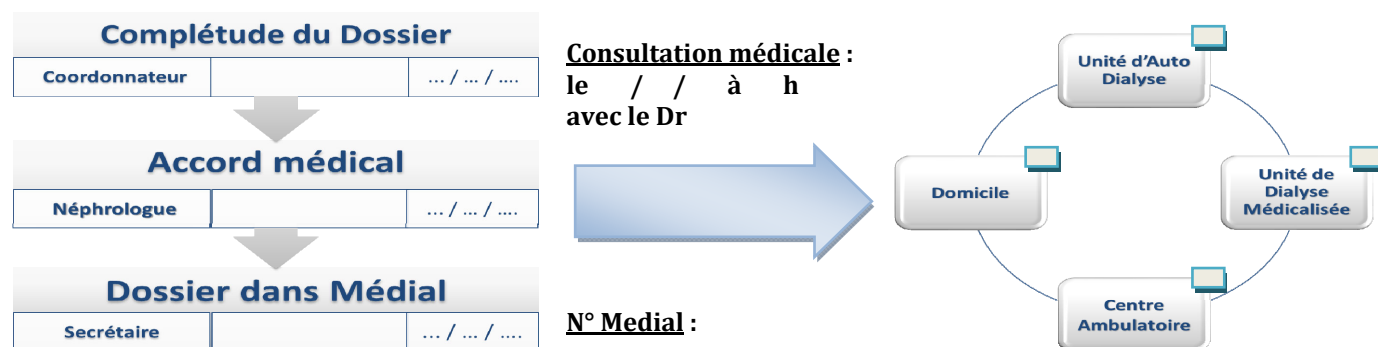
Observations :

Veillez trouver ci-joint les pièces à fournir nécessaires pour la création de votre dossier

<b>Cadre réservé à l'AURAR</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Partie administrative (2 mois avant le départ minimum) :</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Attestation de sécurité sociale à jour de l'ALD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pièce d'identité
		<input type="checkbox"/> Notre dossier de renseignements dûment complété (ci-après)
		<b>Dossier médical complet (2 mois avant le départ minimum), incluant :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Prescriptions de dialyse</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antécédents médicaux</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bilan biologique complet</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ordonnance du traitement personnel</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sérologies (HIV, hépatites B, C) datant de moins de 6 mois</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Echo cardiaque de moins d'1 an</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Echo doppler de la voie d'abord de moins d'1 an</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Carte de groupe sanguin</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Prescription rech. BMR / ERV (par écouvillonnage rectal) avant départ</b>
		<b>La veille du départ (si le patient n'est pas sur Médial) :</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3 dernières feuilles de séances</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Mise à jour du dossier médical complet</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bilan biologique du mois en cours</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dernière ordonnance du traitement personnel</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Mise à jour des sérologies de moins de 6 mois si besoin</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Résultats de la recherche BMR / ERV</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Copie du billet d'avion</b>

A réception de ces pièces, et après décision du néphrologue, une réponse vous sera retournée dans les plus brefs délais.

Une confirmation vous sera adressée une semaine avant votre venue vous précisant le jour et l'heure de votre dialyse.



## VACANCES

**Adresse** du lieu de vacances :

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ...../...../..... au ...../...../.....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu :

...../...../...../...../.....

**Adresse** du lieu de vacances :

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ...../...../..... au ...../...../.....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu :

...../...../...../...../.....

**Adresse** du lieu de vacances :

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ...../...../..... au ...../...../.....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu :

...../...../...../...../.....

**Adresse** du lieu de vacances :

.....

**Dates** du séjour à cette adresse : du ...../...../..... au ...../...../.....

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu :

...../...../...../...../.....

### IDENTITE DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Code postal : □□□□□ Ville : .....

☎ : ...../...../...../...../..... ☎ : ...../...../...../...../.....

Adresse électronique : ..... @ ..... ■ .....

### INFORMATIONS DE PRISE EN CHARGE

Bénéficiaire :  Assuré(e)  Conjoint

Nom de l'assuré(e) : ..... Nom du bénéficiaire : .....

Date de naissance de l'assuré(e) si différente du bénéficiaire : ...../...../.....

N° de Sécurité Sociale : ...../.....

Nom et Adresse de l'organisme d'assurance maladie : .....  
.....  
.....

### INFORMATION DE VOL

Compagnie aérienne : ..... N° de vol : .....

Date et heure prévue d'arrivée : le ...../...../..... à ..... h .....

Date et heure prévue de départ : le ...../...../..... à ..... h .....

**PERSONNE DE CONFIANCE**

Nom : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

Lien avec le patient : .....

**CORRESPONDANTS MEDICAUX**

Nom du Néphrologue : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

Nom du médecin traitant : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

**COORDONNEES DU CENTRE DE DIALYSE HABITUEL**

Centre : .....

- Centre lourd   
  UDM   
  Autodialyse   
  Dialyse péritonéale   
  HD domicile  
 autre .....

☎ : ...../...../...../...../.....    N° de Fax : ...../...../...../...../.....

Adresse :  
 .....  
 .....  
 .....

Code postal : .....    Ville : .....

**DIALYSE**

Jours de dialyse souhaités :  LMV  MJS    Horaires souhaités :  Matin  Après-midi  Soir  
 autre.....

(Sous réserve de place disponible)

Autonomie     gestion générateur = ..... (marque du générateur)  
 ponction

**ABORD VASCULAIRE**

- Fistule artério-veineuse**       **Droite**       **Gauche**      **Site : .....**  
 **Aiguilles** /  **Cathlons**       **Biponction**       **Uniponction**  
 **Cathéter**       **Biponction**       **Uniponction**  
 **Cathéter de DP**

**GREFFE**

**Patient(e) inscrit(e) :**       **oui**       **non**  
**Centre de transplantation :** .....

**COMMENTAIRE**

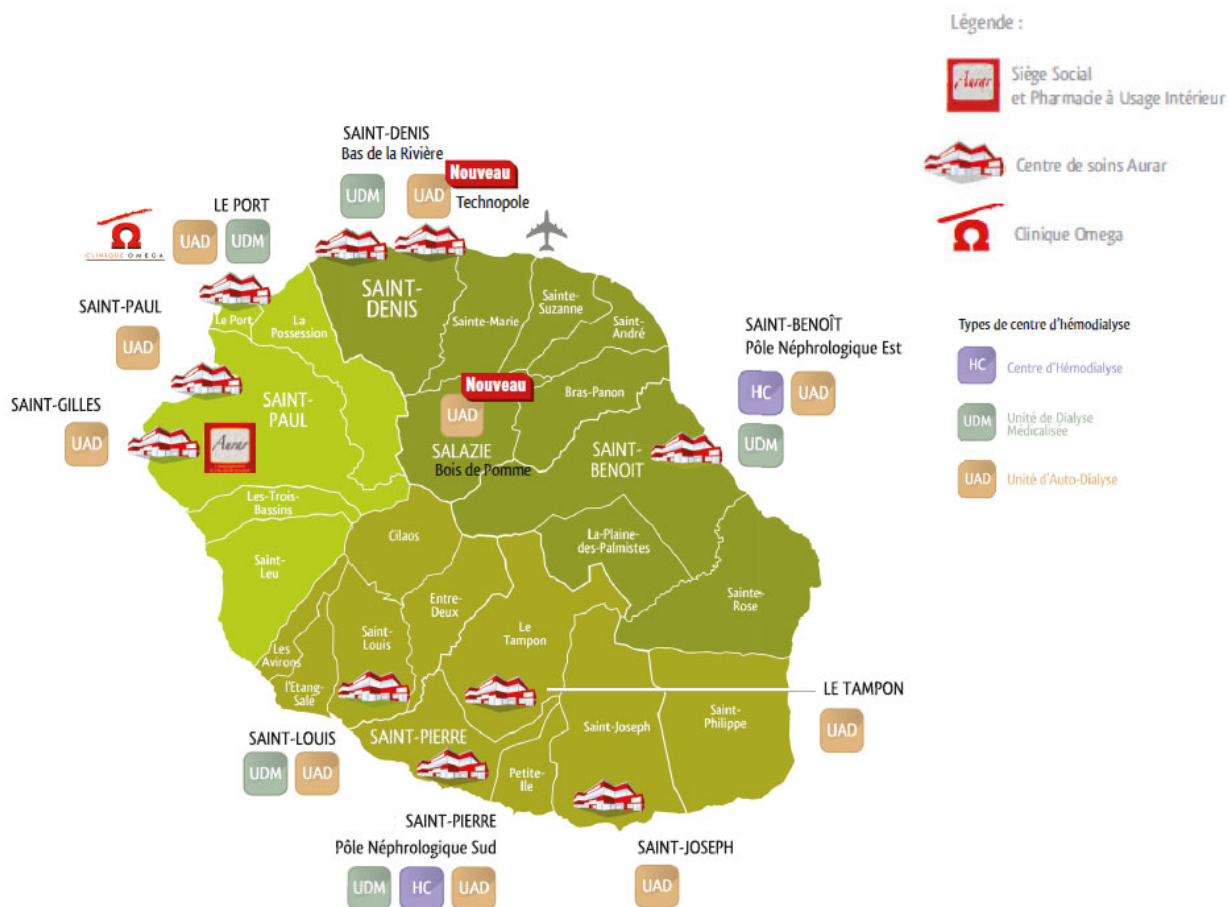
.....  
 .....  
 .....

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

**Signature :**



## NOTRE OFFRE DE SOINS SUR L'ILE DE LA REUNION



Pour plus d'information, rendez-vous sur le site de l'association [www.aurar.fr](http://www.aurar.fr)