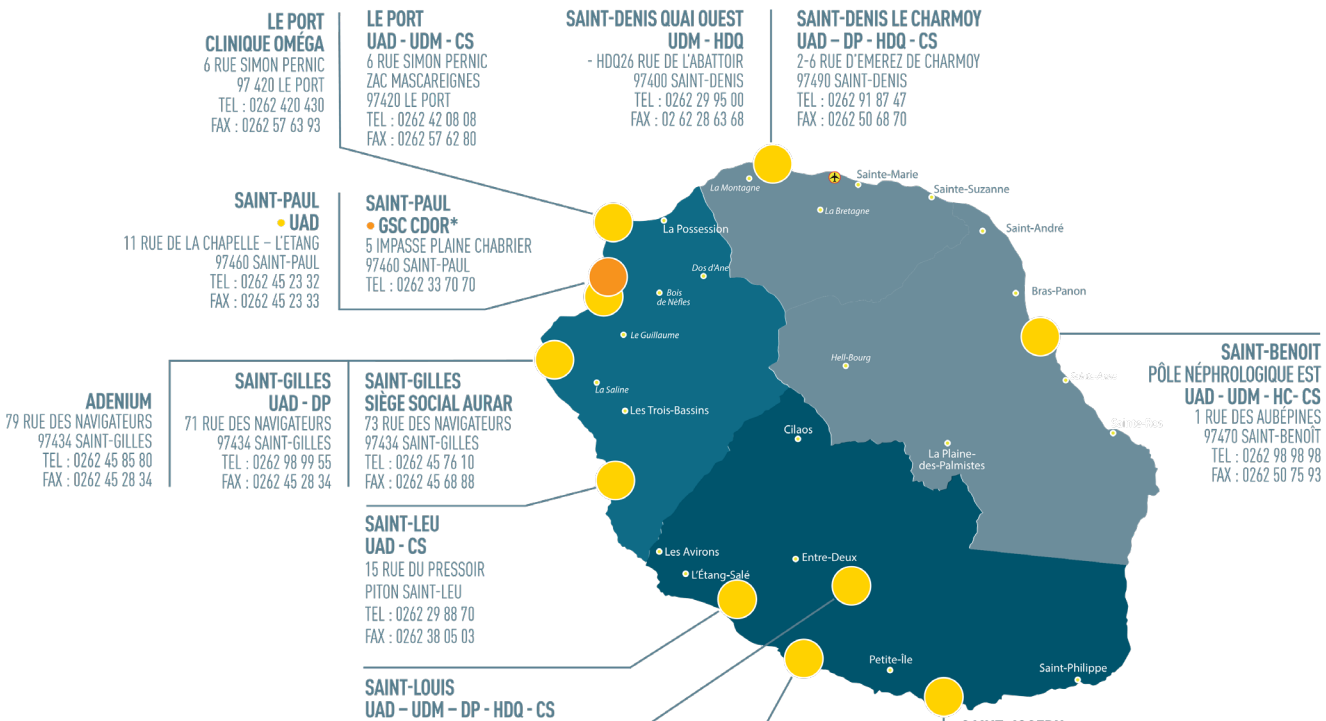
**AURAR** - Siège social
73, Rue des Navigateurs
CS 11018 97434 SAINT GILLES LES BAINS
**www.aurar.fr –**
**Courriel : dialysevacances@aurar.fr**
Tél. : 0262 45 76 10 - Fax : 0262 45 68 88

# DIALYSE VACANCES - LES CENTRES AURAR




**LE PORT**
**CLINIQUE OMÉGA**
6 RUE SIMON PERNIC
97 420 LE PORT
TEL : 0262 420 430
FAX : 0262 57 63 93

**LE PORT**
**UAD - UDM - CS**
6 RUE SIMON PERNIC
ZAC MASCAREIGNES
97420 LE PORT
TEL : 0262 42 08 08
FAX : 0262 57 62 80

**SAINT-DENIS QUAI OUEST**
**UDM - HDQ**
- HDQ26 RUE DE L'ABATTOIR
97400 SAINT-DENIS
TEL : 0262 29 95 00
FAX : 02 62 28 63 68

**SAINT-DENIS LE CHARMOY**
**UAD – DP - HDQ - CS**
2-6 RUE D'EMEREZ DE CHARMOY
97490 SAINT-DENIS
TEL : 0262 91 87 47
FAX : 0262 50 68 70

**SAINT-PAUL**
**• UAD**
11 RUE DE LA CHAPELLE – L'ETANG
97460 SAINT-PAUL
TEL : 0262 45 23 32
FAX : 0262 45 23 33

**SAINT-PAUL**
**• GSC CDOR***
5 IMPASSE PLAINE CHABRIER
97460 SAINT-PAUL
TEL : 0262 33 70 70

**SAINT-BENOIT**
**PÔLE NÉPHROLOGIQUE EST**
**UAD - UDM - HC- CS**
1 RUE DES AUBÉPINES
97470 SAINT-BENOÎT
TEL : 0262 98 98 98
FAX : 0262 50 75 93

**ADENIUM**
79 RUE DES NAVIGATEURS
97434 SAINT-GILLES
TEL : 0262 45 85 80
FAX : 0262 45 28 34

**SAINT-GILLES**
**UAD - DP**
71 RUE DES NAVIGATEURS
97434 SAINT-GILLES
TEL : 0262 98 99 55
FAX : 0262 45 28 34

**SAINT-GILLES**
**SIÈGE SOCIAL AURAR**
73 RUE DES NAVIGATEURS
97434 SAINT-GILLES
TEL : 0262 45 76 10
FAX : 0262 45 68 88

**SAINT-LEU**
**UAD - CS**
15 RUE DU PRESSOIR
PITON SAINT-LEU
TEL : 0262 29 88 70
FAX : 0262 38 05 03

**SAINT-LOUIS**
**UAD – UDM – DP - HDQ - CS**
23 RUE DE L'ETANG
97 450 SAINT-LOUIS
TEL : 0262 39 25 36
FAX : 0262 39 47 43

**LE TAMPON**
**UAD - CS**
35 RUE PASTEUR –
ZAC CHATOIRE
97430 LE TAMPON
TEL : 0262 57 43 62
FAX : 0262 27 86 19

**SAINT-PIERRE**
**POLE NÉPHROLOGIQUE SUD 1**
**HC - CS**
15 RUE DES ROCHES – TERRE SAINTE
97410 SAINT-PIERRE
TÉL : 0262 54 99 40
FAX : 0262 54 99 38

**SAINT-PIERRE**
**POLE NÉPHROLOGIQUE SUD 2**
**UAD – UDM – DP - HDQ - CS**
22 RUE DES ROCHES – TERRE SAINTE
97410 SAINT-PIERRE
TEL : 0262 96 12 95
FAX : 0262 54 98 18

**SAINT-JOSEPH**
**UAD - CS**
19 RUE YLANG YLANG
97480 SAINT-JOSEPH
TEL : 0262 56 28 45
FAX : 0262 56 59 07

**HC** : Hémodialyse en centre

**UDM** : Unité de dialyse médicalisée
**HDQ** : Hémodialyse quotidienne à domicile
**DP** : Dialyse péritonéale
**CS** : consultations externes
**GSC CDOR** : Groupement de coopération sanitair
avec le Centre hospitalier Ouest Réunion

# RENSEIGNEMENTS DE PRISE EN CHARGE

**DEMANDE DE VACANCES pour le centre AURAR à…… (Ville)**

**DU …… / …… / …… au …… / …… / ……**

**En provenance (centre d'hémodialyse de dialyse habituel ):**

……
……

## 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)** : ……

**Prénom de l'assuré(e)** :……

**Nom du bénéficiaire** : ……

**Prénom 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** : ……
……
……
……

**Mutuelle : ……**
……
……

INFORMATION DU VOL PREVISIONNELLE

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

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

## PERSONNE DE CONFIANCE

**Nom** : ……**Prénom** : … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

☎ : ……/……/……/……/……..

**Lien avec le patient** : ……

## PERSONNE A PREVENIR

**Nom** : ……**Prénom** : … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

☎ : ……/……/……/……/……..

**Lien avec le patient** : ……

**Nom du Néphrologue de votre centre** : ……..

☎ : ……/……/……/……/……..

**Nom du médecin traitant** :……

☎ : ……/……/……/……/……..

## COORDONNEES DU CENTRE DE DIALYSE HABITUEL

**NOM de votre Centre :**……

❑ **Centre lourd** ❑ **UDM** ❑ **Autodialyse** ❑ **Dialyse péritonéale** ❑ **HD domicile**
❑ **autre ……**

**Adresse :**……
……
……

**Code postal** : ……..

**Ville** : ……..

☎ : ……/……/……/……/……..

**N° de Fax** : ……/……/……/……/……..

## DIALYSE

*Jours de dialyse habituels* : ❑ **LMV** ❑ **MJS**

*Horaires habituels* : ❑ **Matin** ❑ **Après-midi** ❑ **Soir** ❑**autre……..**

**Autonomie :**

❑ **gestion générateur** =…… (marque du générateur)

❑ **ponction……..**

❑**autre……..**

## 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 :**

## VACANCES

**1.** **NOM , adresse** du lieu de vacances (hôtel, hébergement particulier, famille, appartement) :
……
……

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

**Numéro de téléphone** du lieu de vacances :……/……/……/……/……

**2.** **NOM , adresse** du lieu de vacances (hôtel, hébergement particulier, famille, appartement) **:**

……

**Dates** du séjour à cette adresse : du ……/……/…… au ……/……/……
**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu :……/……/……/……/……

**3.** **NOM , adresse** du lieu de vacances (hôtel, hébergement particulier, famille, appartement):

……

**Dates** du séjour à cette adresse : du ……/……/…… au ……/……/……
**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu :……/……/……/……

**4.** **NOM , adresse** du lieu de vacances (hôtel, hébergement particulier, famille, appartement):

……

**Dates** du séjour à cette adresse : du ……/……/…… au ……/……/……
**Numéro de téléphone** du lieu de vacances si connu :……/……/……/……/……

***DOCUMENTS INDISPENSABLES A VOTRE PRISE EN CHARGE. Dossier incomplet, demande non traitée.***

## *Partie administrative (2 mois avant le départ minimum) :*

- ❑ ❑ **Pièce d'identité**
- ❑ ❑ **Attestation de sécurité sociale à jour de l'ALD**
- ❑ ❑ **Justificatif d'adresse (lieu de résidence)**
- ❑ ❑ **Attestation d'hébergement (sur l'Ile de la Réunion) Carte vitale ou carte européenne**
- ❑ ❑ **Prise en charge complémentaire à faire par le patient (si patient étranger : exemple pour la BELGIQUE)**
- ❑ ❑ **Demande de prise en charge SS si nécessaire (élaboration par nos soins si l'intégralité des pièces : à défaut, un paiement de la totalité des frais restera à la charge du patient) : cette demande prend en général plus de 2 mois pour avoir un retour de la CGSS**

## *Dossier médical complet (2 mois avant le départ minimum), incluant :*

- ❑ ❑ **Prescriptions de dialyse**
- ❑ ❑ **Antécédents médicaux**
- ❑ ❑ **Bilan biologique complet**
- ❑ ❑ **Ordonnance du traitement personnel**
- ❑ ❑ **Sérologies (HIV, hépatites B, C) datant de moins de 6 mois**
- ❑ ❑ **Echo cardiaque de moins d'1 an**
- ❑ ❑ **Echo doppler de la voie d'abord de moins d'1 an**
- ❑ ❑ **Carte de groupe sanguin**
- ❑ ❑ **Prescription rech. BMR / ERV (par écouvillonnage rectal) avant départ**

## *La veille du départ (si le patient n'est pas sur Médial) :*

- ❑ ❑ **3 dernières feuilles de séances**
- ❑ ❑ **Mise à jour du dossier médical complet**
- ❑ ❑ **Bilan biologique du mois en cours**
- ❑ ❑ **Dernière ordonnance du traitement personnel**
- ❑ ❑ **Mise à jour des sérologies de moins de 6 mois si besoin**
- ❑ ❑ **Résultats de la recherche BMR / ERV**
- ❑ ❑ **Copie du billet d'avion**

***A réception de ces pièces, et après décision du néphrologue, une réponse vous sera retournée dans les plus brefs délais. Les détails de la prise en charge comme le jour et l'heure vous seront adressés une semaine avant votre arrivée***

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les informations recueillies sur ce formulaire sont destinées à l'AURAR et ne seront utilisées que dans le cadre de la demande de prise en charge. Les données personnelles collectées sont traitées de manière confidentielle et ne seront pas communiquées à des tiers.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, ainsi que d'un droit de limitation et d'opposition à leur traitement. Pour exercer ces droits ou pour toute question concernant le traitement de vos données, veuillez contacter par e-mail **dpo@aurar.fr.**

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).