

Dossier Vacances

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



Dialyse et nutrition

DEMANDE DE VACANCES DE

du / / au / /

En provenance du centre d'hémodialyse de

.....
.....



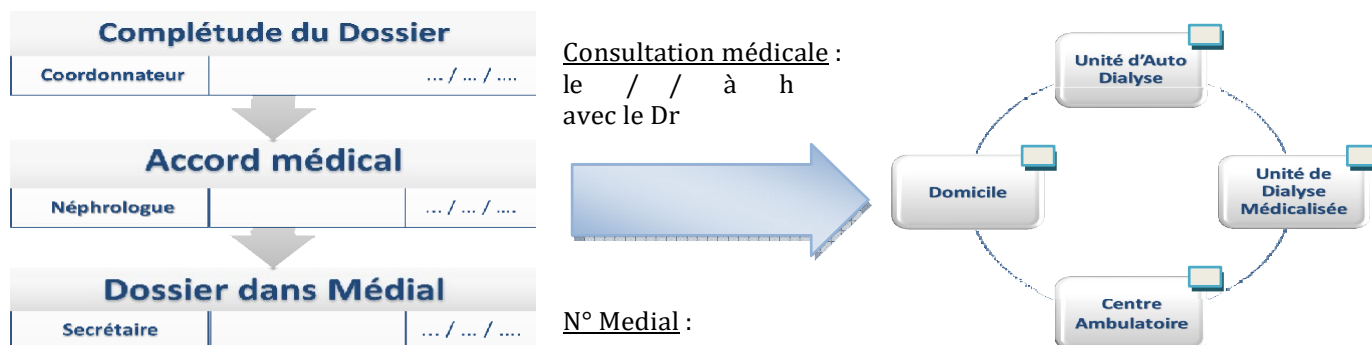


Veuillez trouver ci-joint les pièces à fournir nécessaires pour la création de votre dossier :

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

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 :

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

Renseignements de prise en charge



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 :

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

Renseignements de prise en charge



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

Numéro de téléphone :/...../...../...../..... N° de Fax :/...../...../...../.....

Adresse :

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

Code postal : □□□□

Ville :

DIALYSE

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

Autonomie gestion générateur = (marque du générateur)
 ponction

Renseignements de prise en charge



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 :/...../.....

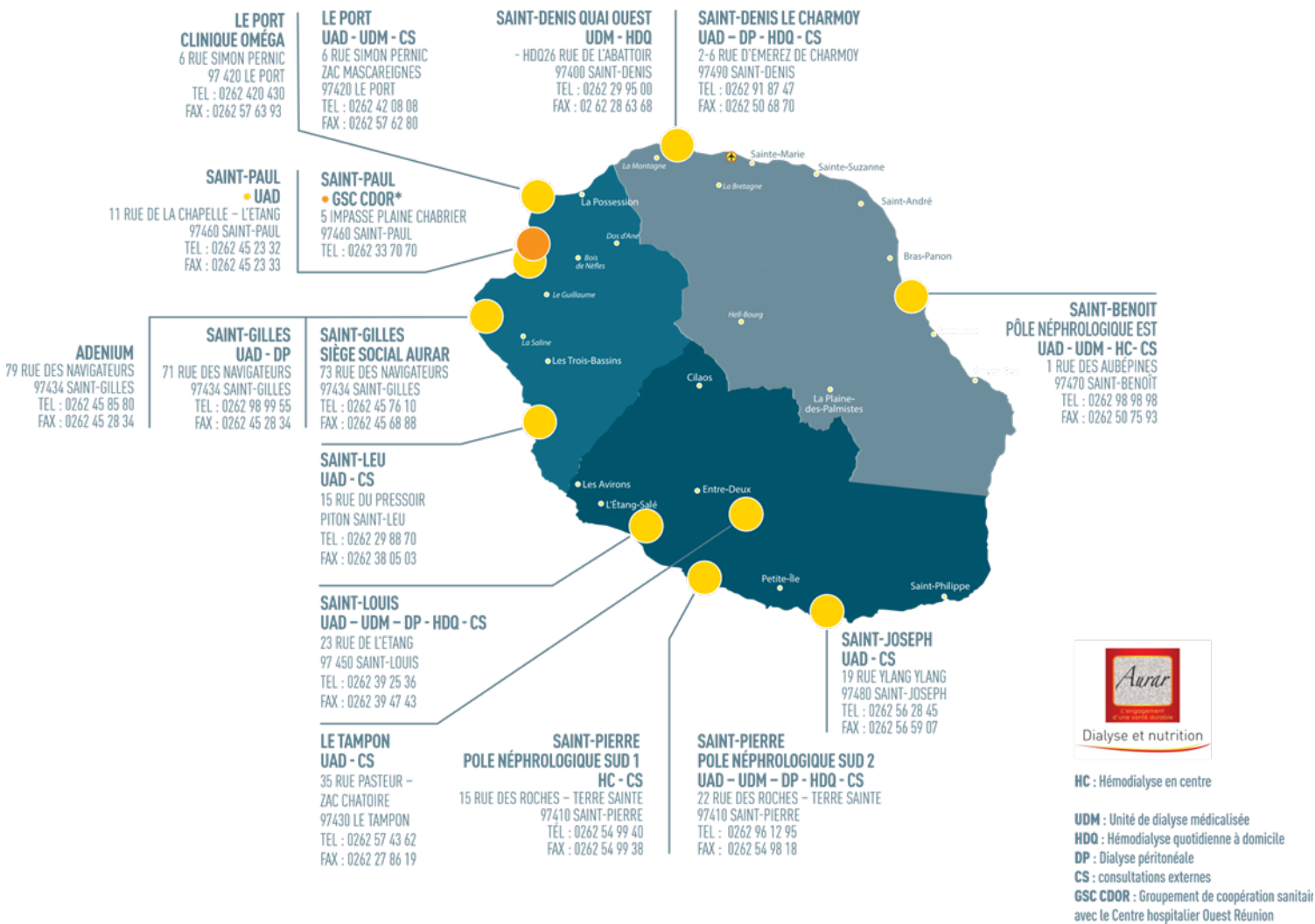
Signature :

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).

Notre offre de soins



Pour plus d'information, rendez-vous sur le site de l'association <http://www.aurar-dialyse.fr/>.