



"CHECKLIST" DIALYSE DE VACANCES

Nom du patient : N° de téléphone du patient : N° de téléphone d'un proche :				
Adresse du patient :	Code Postal :	Ville :		Pays :
INFORMATIONS PROVENANT DU CENTRE DE DIA		Personn	e à contacter :	Pays :
Adresse pendant les vacances :				
AUTORISATION DU CENTRE DE REFERENCE	Date de la dernière dialyse : Nombre de séances prévues : CONFIRMATION DU PATIENT			
Date : Signature : _		Date :	Signature :	
DONNEES CLINIQUES : Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B?	□ Oui □ Non	Dernier résultats de Hf	3s Ag :	Date :
Période Date échantillon	Signature HE	3s Ag HCV	VIH Signature	Informations cliniques
Avant les vacances				Reçu (date)
Après les vacances				Donné (date)
Apporte ses médicaments : ☐ Oui ☐ Noi	n EPO (unités) :	Fe : ViT[D : Autres :	
Document d'information et de consentement de Document donné à la première visite :	e traitement et de protection d I Oui Non	les données personnelles d	onné : □ Oui □	I Non
FACTURATION: ENTITE EN CHARGE DES CO	OUTS (DOUBLE VERIFICATIO	ON DE LA VALIDITE DE T	OUS LES DOCUMENTS)	
CNI / Passeport (vérification de la photo) :	□ Oui □ Non			
N° de Sécurité Sociale :	Copie de la Carte \	Vitale : □ Oui □ Nor	n Copie de la Carte Europ	péenne de S.S. : 🗆 Oui 🗖 Non
PRIVE : Mutuelle :			Autorisation de la muti	uelle : 🔲 Oui 🔲 Non
Documents de facturation signés par le patient Règlement effectué :	(5 copies) : 🗖 Oui 🗖 Non	Documents	de facturation donnés au pa	atient (2 copies) : □ Oui □ Non
Montant de la facture :				