



## FICHE ADMINISTRATIVE

### IDENTITE PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de Naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
N° de Tél : \_\_\_\_\_ N° Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_

### VOTRE CENTRE DE DIALYSE ACTUEL

Nom et adresse de votre Centre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_  
N° de Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_  
Nom du médecin néphrologue : \_\_\_\_\_  
Nom du cadre IDE : \_\_\_\_\_

### DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT

- Paramètres de dialyse + Traitement médical
- Derniers bilans biologiques + **sérologies datant de moins de 3 mois** (Antigène HBs, anti-HBc totaux, Anticorps HBs, Hépatite C, HIV 1 et HIV2)
- **ECG de moins de 6 mois** si pas de pathologie cardio-vasculaire, **sinon moins de 3 mois**
- Historique de la maladie du patient
- Si FAV : schéma et dernier échodoppler
- Document de Désignation de la personne de confiance du patient
- Document de Désignation de la personne à prévenir du patient
- Document d'Autorisation du dossier médicale informatisé
- Document d'Autorisation droit à l'image
- Copie de l'attestation de Sécurité Sociale avec **ouverture des droits 100% ALD à jour** ou carte européenne Recto/Verso **LISIBLE** pour le patient de la communauté européenne si pas à jour auprès du secrétariat
- Copie **LISIBLE** de la carte d'identité Recto/Verso (ou passeport ou permis de conduire ou carte de séjour)
- Une PHOTO d'identité récente du patient (si possible numérisée)
- La désignation des correspondants paramédicaux externes du patient
- Le Certificat BMR-BHRe
- La carte du groupe sanguin du patient
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois