



AIRBP

# Association des Insuffisants Rénaux de la Région Beauce et Perche

CENTRE Gilles FOURNIER

## FICHE ADMINISTRATIVE

### ETAT CIVIL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .. / .. / ..

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : ..... Portable : .....

### VOTRE CENTRE DE DIALYSE

Mode de dialyse : Domicile  Autodialyse  Unité Médicalisée de dialyse  Centre

Nom et Adresse : .....

N° de Téléphone : ..... N° de Télécopie : .....

Nom du médecin : .....

### RENSEIGNEMENTS VACANCES

Date de la 1<sup>ère</sup> séance souhaitée : ..... matin  après-midi

Date de la dernière séance : .....

Adresse de vacances : .....

N° de Téléphone : .....

Personne à prévenir : ..... N° de téléphone : .....

Mode de transport : Véhicule personnel  VSL  Ambulance

### DOCUMENTS A JOINDRE

- Photocopie de l'attestation CARTE VITALE, la prise en charge de vos dialyses sera effectuée par AIRBP
- Photocopie CARTE DE GROUPE SANGUIN.
- Une SYNTHÈSE MÉDICALE
- Une attestation de PRISE EN CHARGE en AUTODIALYSE ou UDM, si nécessaire.
- Un schéma de la FISTULE ARTERIO-VEINEUSE
- Photocopie RESULTATS SEROLOGIES datant de moins de 4 mois.