

AIRBP

Association des Insuffisants Rénaux de la Région Beauce et Perche

CENTRE Gilles FOURNIER

FICHE MEDICALE DE DIALYSE

Nom du patient :

**LES SEANCES DE DIALYSE NE POURRONT PAS ETRE PROGRAMMEES
SI TOUS LES ITEMS NE SONT PAS COMPLETES.**

Etiologie IRC :
PATHOLOGIES ANNEXES :
DATE de MISE EN DIALYSE :
GROUPE SANGUIN : JOINDRE PHOTOCOPIE CARTE DE GROUPE
DIALYSE : FAUTEUIL POSSIBLE ? OU LIT
ATTENTE TRANSPLANTATION : OUI NON
CENTRE D'INSCRIPTION :

RENSEIGNEMENTS SUR LES SEANCES

FREQUENCES HEBDOMADAIRE :/SEMAINE **DUREE DES DIALYSES** :
JOURS HABITUELS : L M M J V S
: MATIN APRES-MIDI SOIR

DIALYSEUR : SURFACE :

STERILISATION GAMMA OBLIGATOIRE : OUI NON

BAIN DE DIALYSE : K.....mmol/L Ca : mmol/L **GLUCOSE** :.....mmol/l

Na PRESCRIT PROFIL OUI NON

DEBIT DIALYSATmL/min TEMPERATURE BAIN

TECHNIQUES PARTICULIERES :

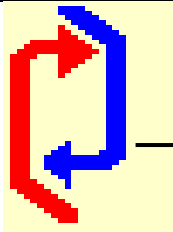
POIDS DE BASE : PRISE DE POIDS MOYENNE :

UF HORAIRE MAXIMUM :mL/h UF SEULE AUTORISEE : OUI NON

TENSION ARTERIELLE : PROFIL UF OUI NON
AVANT..... APRES

INCIDENT(S) LORS DES SEANCES :

ALLERGIE(S) :



AIRBP

Association des Insuffisants Rénaux de la Région Beauce et Perche

CENTRE Gilles FOURNIER

.....
Nom du patient :

ABORD VASCULAIRE

MERCI de JOINDRE UN SCHEMA

TYPE : BRAS GAUCHE BRAS DROIT

DIFFICULTE DE PONCTION : NON OUI

TYPE D'AIGUILLES : A V UNIQUE

DEBIT SANG : LE PATIENT COMPRIME T-il SEUF SA FAV ? OUI NON

ANTICOAGULANT

VERROU CATHETER

SPECIALITE :

SPECIALITE :

CHARGE :

VOLUME PAR BRANCHE : Artère ml
Veine ml

ENTRETIEN :

SEROLOGIES

Joindre impérativement le résultat des sérologies de mois de 4 mois.

Ag Hbs : - + Date :

Ac anti Hbs : - + Date : Titrage :

Vaccinothérapie anti-Hbs : oui non Date de la dernière vaccination :
Ou injection de Gamma Globulines.

Sérologie H.V.C : - + Date :

Sérologie H.I.V. : - + Date :