

Aanvraagformulier Vakantie Hemodialyse in Veurne

Vakantie Hemodialyse

Collectieve AutoDialyse (CAD) Veurne

Klinieklaan 1, 8630 Veurne

Tel. 00 32 (0)58 33 38 20 (ma tot zat 8u – 18u) – Fax 00 32 (0)58 33 38 24

E-mail cad@azwest.be

Samenwerking tussen :

Jan Yperman Ziekenhuis	AZ West	AZ Delta
Tel. Dialyse: 057/35 61 41	Tel. Dialyse: 058/33 38 20	Tel. Dialyse: 051/23 39 50
		
www.yperman.net	www.azwest.be	www.azdelta.be

Geachte heer/mevrouw,

Wil alle nodige gegevens minstens 4 weken vóór de eerste gewenste vakantiedialyse invullen en opsturen naar CAD Veurne via fax of E-mail.

Enkele praktische afspraken:

- CAD Veurne is een low care dialyse dienst, d.w.z. dat de arts niet dagelijks aanwezig is. Hoog-risicopatiënten of hemodynamisch instabiele patiënten kunnen niet in CAD Veurne gedialyseerd worden. Daar er geen tilliften aanwezig zijn in CAD Veurne, dienen patiënten voldoende mobiel te zijn om zich zelfstandig te kunnen wegen.
- Dialysecentra Ieper en Roeselare zijn high care diensten. Als de patiënt niet in aanmerking komt voor dialyse in CAD Veurne, kan worden overwogen om vakantiedialyse in Ieper of Roeselare te voorzien.
- Het vakantiedossier dient volledig in orde te zijn vooraleer de dialysesessies van de patiënt kunnen worden ingepland. Nadat het dossier in goede orde is ontvangen en geëvalueerd, volgt eventuele bevestiging vanuit CAD Veurne.
- De gevraagde laboresultaten (Hepatitis B en C, HIV, MRSA, VRE, CPE) mogen niet ouder zijn dan 6 weken vóór de eerste vakantiedialyse. Zo de patiënt gedurende meerdere vakantieperiodes komt, vragen we om dit labo regelmatig up te daten in het moedercentrum en door te sturen. Indien meerdere vakantieperiodes in 1jaar is een volledig dossier niet telkens nodig, bij 2^{de} periode enkel dialysevoorschrift en medicatielijst mailen aub.
- Bij alle vakantiepatiënten zal bij de 1^{ste} vakantiedialyse een bloedafname worden uitgevoerd.

Deel 1: GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

A. Persoonlijke gegevens

Naam:	Voornaam:
Straat:	Nr.:
Postnummer:	Gemeente:
Land:	Geboortedatum:
Nationaliteit:	Spreekta(a)l(en):
Telefoon:	GSM:
E-mail:	Huisarts:

Wil een kopie bijvoegen van uw identiteitskaart (voor- en achterzijde a.u.b.).

B. Huidig dialysecentrum

Naam dialysecentrum:	
Straat:	Nr.:
Postnummer:	Gemeente:
Land:	Telefoon:
E-mail:	Fax:
Behandelend nefroloog:	

C. Vakantie-inlichtingen

Vakantieadres:	
Straat:	Nr:
Postnummer:	Gemeente:
Telefoon:	
Eerste vakantiedialyse op:	
Laatste vakantiedialyse op:	
Voorkeur voor	<input type="checkbox"/> Voormiddag Maandag/ woensdag/ vrijdag
	<input type="checkbox"/> Namiddag Maandag/ woensdag/ vrijdag
	<input type="checkbox"/> Voormiddag Dinsdag/donderdag/zaterdag
	<input type="checkbox"/> Namiddag Dinsdag/donderdag/zaterdag
We noteren uw voorkeur maar kunnen om organisatorische redenen niet garanderen dat dit zal lukken. We bevestigen 10 dagen op voorhand in welke dialysegroep u ingepland bent.	

D. Contactpersonen

Wie dienen we te verwittigen bij moeilijkheden tijdens de vakantiedialyse?

Naam:	
Relatie tot patiënt (partner, ouder, kind, ...):	
E-mail:	
Tel.:	GSM:
Naam:	
Relatie tot patiënt (partner, ouder, kind,...):	
E-mail:	
Tel.:	GSM:

E. Mutualiteits- of verzekeringsgegevens

Voor Belgen:
Naam + nummer mutualiteit:
Kleefvignet mutualiteit:
Voor patiënten uit het buitenland: Wil een kopie bijvoegen van uw Europese ziekteverzekeringskaart en <u>op de dag van de 1^{ste} vakantiedialyse de kaart meebrengen a.u.b.</u>

F. Vervoer

We vragen u om zelf het transport van en naar ons dialysecentrum te regelen. Bij vragen kan u terecht bij onze Sociale Dienst op het nummer 058/33 34 51. Een vervoersattest kan worden afgeleverd op uw vraag.

G. Informed consent voor opstarten van behandeling met hemodialyse in CAD Veurne

Ik, ondergetekende

geef aan de nefrologen van CAD Veurne toestemming voor behandeling met hemodialyse in CAD Veurne.

Ik bevestig dat ik op de hoogte ben van:

- de voorgestelde behandeling;
- de eventuele voor- en/of nadelen van de behandeling;
- de eventuele problemen tijdens de periode van behandeling en de mogelijke verwickelingen zoals een infectie;
- de mogelijke gevolgen indien de behandeling niet zal doorgaan.

Datum: / /

Naam patiënt of wettelijke vertegenwoordiger:

De ondergetekende is (*aankruisen wat past):

- patiënt
- door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger
- bewindvoerder over de persoon
- samenwonende partner
- meerderjarig kind
- ouder
- meerderjarige broer / zus
- arts

datum://.....

naam/handtekening arts:

Handtekening:

H. Informed consent voor toediening van bloedproducten in CAD Veurne

Ik, ondergetekende

geef aan de nefrologen van CAD Veurne toestemming voor bloedtransfusie indien dit medisch nodig zou worden geacht tijdens mijn behandeling in CAD Veurne:

- Ik bevestig dat ik op de hoogte ben van:
 - de voorgestelde behandeling;
 - de eventuele voor- en/of nadelen van de behandeling;
 - de mogelijke alternatieven;
 - de eventuele problemen tijdens de periode van behandeling en de mogelijke verwickelingen zoals een infectie;
 - de mogelijke gevolgen indien de behandeling niet zou doorgaan.
- Dit document is maximum één jaar geldig vanaf datum van ondertekening.

Datum: / /

Naam patiënt of wettelijke vertegenwoordiger:

De ondergetekende is (*aankruisen wat past):

- patiënt
- door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger
- bewindvoerder over de persoon
- samenwonende partner
- meerderjarig kind
- ouder
- meerderjarige broer / zus
- arts

Handtekening:

datum: / /

naam/handtekening arts:

Deel 2: GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND NEFROLOOG

Naam PATIËNT:	
Renale diagnose:	
Recente problemen / verwickelingen tijdens dialyse:	
Datum eerste dialyse in uw centrum:	
Andere diagnoses / relevante medische voorgeschiedenis (o.a. diabetes, pacemaker, hypertensie, cardiale problemen, ...) Gelieve brief (medisch verslag) bij te voegen.	
Bloedgroep:	Rhesus:
Irreguliere antistoffen:	
Allergie (antibiotica, andere medicatie, latex, jodiumhoudend intraveneus radiocontrast, kunstnieren, heparine-geïnduceerde thrombocytopenie = HIT, verband, onstmettingsstoffen, voedingsstoffen, andere, ...):	
Medicatie tijdens hemodialyse:	
EPO: zelf mee te brengen vanuit moedercentrum bij vakantiedialyse gedurende < 1 maand Te geven tijdens vakantie: ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> Zo ja, naam: Dosis: Frequentie: IV of SC:	
Ijzer (in CAD Veurne is Injectafer 2ml/100mg beschikbaar): Te geven tijdens vakantie: ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> Zo ja, naam: Dosis: Frequentie: IV of PO:	
Vitamines en eventuele andere medicatie (zelf mee te brengen vanuit moedercentrum):	

Thuismedicatie:								
Medicatie	Toedieningsweg (PO, SC, ...)	Tijdstip van inname						Opmerkingen
		8u	10 u	12u	16u	18u	20u	

➤ Zo inname van perorale anticoagulantia, streefwaarde van INR:

A. Dialysegegevens:

Aantal dialyses per week:	Dialyseuur: uur min
Bloedflow (QB) in ml/min:	Dialysaatflow (QD) in ml/min:
Hemodiafiltratie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> predilutie <input type="checkbox"/> postdilutie <input type="checkbox"/> nee	
Drooggewicht in kg:	Gemiddelde gewichtstoename in kg:
Max. ultrafiltratie (UF) in ml/uur:	
Natrium-profiel:	UF-profiel:
Gemiddelde bloeddruk voor: / mmHg	Gemiddelde bloeddruk na: / mmHg

Anticoagulatie Naam: Dosis bij start dialyse: Extra dosis tijdens dialyse: Heparine-geïnduceerde thrombocytopenie (HIT): ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>

B. Dialysaatsamenstelling (mmol/L)

Kalium:	mmol/l	Bicarbonaat:	mmol/l
Natrium:	mmol/l	Calcium:	mmol/l

C. Kunstnieren beschikbaar in CAD Veurne (graag aanduiden welke nier we mogen gebruiken bij uw patiënt):

	Kunstnier	Merk	Type	Membraan	Opper- vlakke
	FX 800	Fresenius	highflux	Helixone plus= polysulfone en PVP	2 m2
	FX 1000	Fresenius	highflux	Helixone plus= polysulfone en PVP	2.3 m2
	Sureflux 17 UX	Nipro	highflux	Triacetaat	1.7m2
	Sureflux 21 UX	Nipro	highflux	Triacetaat	2.1 m2
	Elisio 17 H	Nipro	highflux	Polysulfone	1.7 m2
	Elisio 21 H	Nipro	highflux	Polysulfone	2.1m2
	Solacea 19H	Nipro	highflux	Triacetaat	1.9 m2
	Solacea 21H	Nipro	highflux	Triacetaat	2.1 m2

D. Vasculaire toegangsweg:

Arterioveneuze fistel (AV fistel)	Plaats:
	Natieve fistel / prothese:
	Unipunctuur / bipunctuur:
	Laddertechniek / buttonhole:
	Scherpe naalden / botte naalden:
	Metalen naald (15G) / katheternaald (15G):
	<u>Zo specifieke naalden gebruikt moeten worden, gelieve deze mee te geven met de patiënt.</u>
Dialysekatheter	Plaats:
	Enkellumen / dubbellumen:
	Katheterslot:
	<input type="checkbox"/> Heparine (5.000 IE/ml) volume: A: ml V: ml
	<input type="checkbox"/> Heparine verdund Verdunning:
<input type="checkbox"/> Citralock 46.7%	volume: A: ml V: ml

<input type="checkbox"/>	Andere (Actosolv, antibiotica, ...)	
--------------------------	-------------------------------------	--

E. Screening overdraagbare aandoeningen:

Datum van afname 6 weken vóór 1 ^{ste} vakantiedialyse			
Hepatitis B surface Antigen	HBsAg	Datum:	Resultaat:
Hepatitis B surface antilichamen	Anti-HBs	Datum:	Resultaat:
Hepatitis B core antilichamen	Anti-HBc	Datum:	Resultaat:
Hepatitis C antilichamen	HCV-AL	Datum:	Resultaat:
Humaan immuundeficiëntie virus antilichamen	HIV-AL	Datum:	Resultaat:
Methicilline-resistente Staphylococcus aureus	MRSA	Datum:	Resultaat:
Vancoymycine-resistente enterokokken	VRE	Datum:	Resultaat:
Carbapenemase-producerende enterobacteriën	CPE	Datum:	Resultaat:

F. Listering voor niertransplantatie:

Transplantkandidaat	<input type="checkbox"/>	Ja	(Transplantcentrum:)
	<input type="checkbox"/>	Nee	

G. Therapiebeperking – “Do Not Reanimate” (DNR) code:

<p>DNR code:</p> <p><input type="checkbox"/> code 0 = alle zorgen toe te dienen</p> <p><input type="checkbox"/> code 1 = niet reanimeren</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> in geval van circulatiestilstand geen defibrilatie, thoraxmassage noch medicatie <input type="checkbox"/> in geval van respiratoir falen geen intubatie of kunstmatige beademing <input type="checkbox"/> enkel niet-invasieve beademing </p> <p><input type="checkbox"/> code 2 = therapie niet uitbreiden (geen transfer naar Intensieve Zorgen)</p> <p><input type="checkbox"/> code W = wilsbeschikking (graag kopie toevoegen a.u.b.)</p>
--

H. Overige medische gegevens:

EKG bijvoegen a.u.b. (niet ouder dan 6 maanden)
--

Laboresultaten bijvoegen a.u.b.
--

Datum:

Stempel nefroloog:

Handtekening nefroloog:

--