DOSSIER DE DEMANDE DE SEJOUR ALTIR

Ce dossier comprend :

- **La liste des centres ALTIR, choix de lieu de séjour**
- **Un formulaire des pièces à fournir**
- **Un volet administratif (2 pages)**
- **Un volet médical (2 pages)**
- **Un certificat médical d'autorisation de traitement en autodialyse**

Lorsque le dossier est constitué, vous pouvez renvoyer le tout :

- **Par Mail : medical.altir@chru-nancy.fr**

- **Par fax au 03 72 31 29 31**

- **Par courrier :**

ALTIR
Hôpitaux de Brabois – BP 50149
Allée du Morvan
54504 VANDOEUVRE LES NANCY

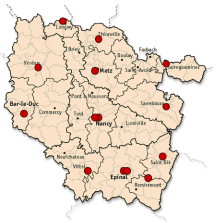
Pour nous contacter par téléphone : 03 83 15 37 40

ATTENTION : tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.
Tout dossier ne nous parvenant pas dans les délais impartis (minimum trois semaines avant date de début de séjour) ne sera pas pris en compte

Liste des Centres ALTIR

Choix de lieu de séjour

Vous pouvez sélectionner plusieurs lieux par ordre de priorité, la confirmation de votre séjour sera dépendante de votre dossier médical et de la possibilité d'accueil dans le centre souhaité. En cas d'impossibilité d'accueil dans le département, une solution alternative vous sera proposée en Meurthe et Moselle.



Meuse		Choix
Bar-le-Duc	**AD et UDM**	
Verdun	**AD et UDM**	

Meurthe et Moselle		
Vandoeuvre-lès-Nancy	**AD et UDM**	

Vosges		
Epinal	**AD et UDM**	
Saint-Dié-des-Vosges	**AD et UDM Télésurveillée***	
Vittel	**AD**	
Gerardmer	**AD**	

Moselle		
Metz	**AD et UDM**	
Sarrebourg	**AD**	
Sarreguemines	**AD et UDM Télésurveillée***	
Thionville	**AD et UDM**	

*Si vous êtes amené à dialyser dans une unité d'UDM télésurveillée, l'équipe soignante vous fera signer un consentement à votre arrivée dans le centre.

Liste des pièces à fournir

☐ **Dossier d'inscription pour séjour temporaire volet n°1 administratif à <u>compléter par le patient</u>**

☐ **Dossier d'inscription pour séjour temporaire volet n°2 médical à <u>compléter par le médecin</u> qui suit habituellement le patient**

☐ **Certificat médical d'autorisation de traitement en autodialyse**

☐ **Les derniers résultats biologiques, comprenant les originaux des sérologies virales de moins de six mois (en tenant compte des dates de séjour)**

☐ **Copie des résultats originaux de dépistage BHRe/BMR**

☐ **Carte de groupe sanguin**

☐ **Photocopie de l'attestation vitale**

☐ **Photocopie recto/verso de la carte d'identité du patient**

<u>Et, si vous n'êtes pas de nationalité française :</u>

☐ **Une photocopie recto/verso de la carte européenne en cours de validité (si vous êtes ressortissant d'un pays de la CEE)**

☐ **L'accord de prise en charge (à demander par avance auprès de la caisse d'assurance maladie dont dépend le patient)**

Volet N° 1 Administratif

A compléter par le patient

Coordonnées	
Nom de naissance	
Nom usuel	
Prénom	
Sexe	
Date et lieu de naissance	
Adresse	

Votre centre de dialyse	
Nom et coordonnées du néphrologue ou du service qui vous suit habituellement	
Téléphone du centre habituel	

Coordonnées de séjour	
Adresse de votre lieu de séjour	
Téléphone où vous serez joignable lors de votre séjour	
Dates de séjour dans notre établissement	

Couverture sociale	
Numéro de sécurité sociale	
Assuré (si différent du bénéficiaire des soins) : Nom, prénom, adresse et date de naissance	
Nom et adresse de la caisse d'affiliation (SS)	

Volet N° 1 Administratif

A compléter par le patient

Situation juridique	
Coordonnées du représentant légal en cas de patient mineur ou si personne majeure sous protection juridique	

Personne à prévenir	
Nom et prénom	
Lien avec le patient	
Adresse et téléphone	

Personne de confiance	
Nom et prénom	
Lien avec le patient	
Adresse et téléphone	

Fait à :

Le :

Signature du patient :

Volet N° 2 Médical

A compléter par le médecin

Identification patient	
Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	

Antécédents

Histoire de la maladie

Néphropathie initiale :

Allergies connues

Isolement septique

☐ **Non**

☐ **Oui** **si oui lequel ?**

Volet N° 2 Médical

A compléter par le médecin

Mobilité physique
☐ **Valide** ☐ **Fauteuil roulant** ☐ **Brancard**
Précisions :

Dialyse	
Structure de dialyse (Centre, UDM, AD, Domicile)	
Nb de séances/semaine	
Durée de séance	
Jours habituels de séance	
Abord vasculaire	
Dialyseur	
Bain de dialyse	
Anticoagulation en séance	
Débit pompe à sang	
UF maximale	
Verrous cathéter	
Poids sec	
Traitements en séance Fer, EPO …	
Statut greffe	

Traitement médicamenteux

Certificat médical d'autorisation de traitement en autodialyse

Je soussignée, docteur……, certifie que l'état de santé de

Mr ou Mme …….

- ☐ **<u>Lui autorise</u>**
- ☐ **Ne lui autorise pas**

D'être traité(e) au sein d'une antenne d'autodialyse sans présence médicale.

Fait à :

Le :

Signature et cachet du néphrologue :

Consentement données personnelles

La collecte et le traitement des données transmises via ce formulaire ont pour finalité de permettre à l'ALTIR, responsable de traitement, de recueillir et de respecter votre consentement qui fera l'objet d'un traitement informatisé. Ce traitement est basé sur l'obligation légale (art.6.1.c RGPD) faite à l'ALTIR (Art. L1111-4 du code de la santé publique).

L'accès à ces données est réservé aux équipes soignantes et au personnel habilité par l'ALTIR. Sauf cas particulier, elles seront conservées par l'ALTIR 20 ans à compter de la date de la dernière séance de soins, durée légale de conservation du dossier médical.

Conformément à la Loi n°78-17 « informatique et liberté », vous bénéficiez d'un droit d'accès, et le cas échéant de rectification, d'opposition et de suppression de vos données personnelles, ainsi qu'un droit à la limitation de traitement de vos données, que vous pouvez exercer en vous adressant par courrier électronique au DPO à l'adresse mesdonnees@altir.fr ou à la direction à l'adresse direction@altir.fr, ou par courrier postal adressé à Direction de l'ALTIR – BP 149 – 54504 VANDOEUVRE CEDEX.

Pour plus d'informations sur la façon dont nous protégeons vos données et/ou pour exercer vos droits, nous vous invitons à consulter le livret d'accueil patients ou à contacter notre DPO à l'adresse mesdonnees@altir.fr.

NOM :
Prénom :
Date et lieu de naissance :

Signature :