

CHARTRE DE FACILITATION DE LA MOBILITÉ DES PATIENTS DIALYSÉS



Préambule

Dans un esprit de coopération au service des patients, les centres de dialyse signataires souhaitent contribuer à faciliter la mobilité des patients dialysés, notamment lors de séjours temporaires (vacances, déplacements familiaux ou professionnels).

La mobilité des patients dialysés constitue un déterminant important de leur qualité de vie, de leur autonomie et de leur participation à la vie sociale, familiale et professionnelle. Elle participe également à une meilleure équité d'accès aux soins sur le territoire, notamment pour les patients éloignés de leur centre habituel.

Cette charte a pour objectif de simplifier l'organisation de l'accueil temporaire des patients et de favoriser des échanges d'informations harmonisés entre les centres, dans le respect des contraintes propres à chaque structure.

Principes

Les centres signataires expriment leur volonté de :

- Faciliter, dans la mesure du possible, l'accueil temporaire de patients dialysés provenant d'autres centres ;
- Examiner les demandes de manière individualisée, dans le respect des conditions de sécurité et des compétences disponibles ;
- S'appuyer sur une fiche de demande de mobilité standardisée, commune aux centres signataires, afin d'harmoniser les informations transmises.

Toute demande comportant les informations définies dans cette fiche est considérée comme complète, quel que soit son format de transmission (papier ou numérique).

Les centres s'engagent à apporter une réponse aux demandes dans des délais compatibles avec l'organisation des séjours.

En cas d'impossibilité d'accueil, le centre pourra, lorsque cela est possible, orienter vers une autre structure ou contribuer à la recherche d'une solution alternative.

L'accueil d'un patient reste organisé au cas par cas, en fonction des capacités d'accueil du centre sollicité et de ses contraintes d'organisation.

Diffusion

La liste des centres ayant adhéré à cette charte pourra être diffusée afin de faciliter l'identification des structures participant à cette démarche d'harmonisation et de simplification des demandes de mobilité.

L'adhésion à cette charte ne conditionne pas la possibilité pour un centre d'accueillir des patients en mobilité et n'emporte pas d'obligation d'accueil. Elle engage néanmoins les centres à organiser une réponse aux demandes.

Adhésion à la charte

Centre de dialyse :

Ville :

Nom du responsable médical :

Date :

Signature

DOSSIER SÉJOUR HÉMODIALYSE

PARTIE 1 / DEMANDE



IDENTITÉ PATIENT

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Adresse Résidence principale :

Téléphone :

Mail :

AUTONOMIE

☐ Patient valide

☐ Se déplace avec une aide

☐ Patient alité

☐ Pesée debout possible

☐ Pesée fauteuil/ brancard

CHECK-LIST DOCUMENTS A JOINDRE

☐ Copie pièce identité recto-verso/ Passeport

☐ Attestation de l'Assurance Maladie en cours de validité

☐ Attestation mutuelle/ complémentaire santé

INFORMATIONS DU SEJOUR

☐ Date du séjour:

☐ Ville de résidence du séjour:

☐ Lieu ou unité de dialyse souhaité

Transport pendant le séjour :

☐ Véhicule perso

☐ Taxi VSL

☐ Ambulance

DOSSIER SÉJOUR HÉMODIALYSE

PARTIE 1 / DEMANDE



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) **Docteur**, néphrologue, certifie que l'état de santé de **Mr/Mme**..... permet la prise en charge des séances de dialyse :

> Dialyse habituelle :

- ☐ Auto-dialyse ☐ Dialyse médicalisée ☐ Centre lourd
- ☐ Domicile ☐ LMV ☐ MJS
- ☐ Autre (HDQ...) :

> Dialyse disponible pendant le séjour :

- ☐ Auto-dialyse ☐ Dialyse médicalisée ☐ Centre lourd
- ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soirée ☐ Nuit

Justification du changement de modalité :
.....
.....

Fait à le

Cachet/Signature :

Coordonnées du centre habituel :
Nom, mail et numéro de téléphone

.....
.....
.....

DOSSIER SÉJOUR HÉMODIALYSE

PARTIE 2 / APRES ACCORD DE PRINCIPE



IDENTITÉ PATIENT

Nom/Prénom :

Date de naissance :

CHECK LIST DES PIECES A FOURNIR

- ☐ Attestation Personne de confiance / Urgence
- ☐ Ordonnance traitement medical habituel (hors séance dialyse)
- ☐ ECG (< 1 an) ou compte rendu de consultation de cardiologie
- ☐ Compte rendu de consultation de cardiologie si cardiopathie instable
- ☐ Dernier EchoDoppler disponible si FAV/PAV
- ☐ Prescription de dialyse
- ☐ Ordonnance traitement per-dialytique
- ☐ BHRe (si dialyse/hospitalisation à l'étranger <12 mois) -
fiche déclarative
- ☐ Dernier bilan biologique
- ☐ Fiche cathéter tunnelisé si VVC
- ☐ 3 dernières séances de dialyse
- ☐ Sérologies VHB VHC VIH < 3 mois

DOSSIER SÉJOUR HÉMODIALYSE

PARTIE 2 / APRES ACCORD DE PRINCIPE



FICHE MEDICALE

Merci de bien vouloir :

- **soit compléter intégralement ce document,**
- **soit joindre une synthèse médicale récente couvrant les informations demandées**
- **Dans le cas où certaines données ne seraient pas présentes dans la synthèse, il est demandé de compléter les champs manquants dans ce formulaire**

Cf documents annexes ☐ Oui ☐ Non

Date début dialyse

Néphropathie causale

Inscription transplantation ☐ Oui ☐ Non

Centre de transplantation

Patient appellable ☐ Oui ☐ Non

ATCD/ Comorbidités :

.....
.....
.....

Allergies ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Evènements médicaux récents (< 3 mois) : si oui, préciser ou joindre CR

.....
.....
.....

Evènements médicaux récents (< 3 mois) : si oui, préciser ou joindre CR

FICHE DE VÉRIFICATION CLINIQUE PRÉ-DIALYSE PATIENT EN MOBILITÉ - SÉANCE SANS PRÉSENCE MÉDICALE



IDENTITÉ PATIENT

Identité Patient :

Date : IDE :



Si réponse “oui” à un item du questionnaire : contacter l’équipe médicale pour conduire à tenir avant branchement.

1. Si le patient vient avec un dossier : vérifier la conformité de sa prescription avec celle faite en amont par le médecin référent de la séance

Y -a-t-il une modification de la prescription ? ☐ Oui ☐ Non

2. Signes Généraux :

Fièvre > 38° : ☐ Oui ☐ Non

Asthénie inhabituelle : ☐ Oui ☐ Non

TA systolique <100mmHg ou > 160mmHg : ☐ Oui ☐ Non

Tachycardie > 110bpm : ☐ Oui ☐ Non

3. Signes Fonctionnels :

Douleurs thoraciques : ☐ Oui ☐ Non

Dyspnée et/ou toux inhabituelle : ☐ Oui ☐ Non

Douleur abdominale : : ☐ Oui ☐ Non

Signes digestifs (vomissements, diarrhées) : ☐ Oui ☐ Non

Céphalées inhabituelles : ☐ Oui ☐ Non

Autres : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

FICHE DE VÉRIFICATION CLINIQUE PRÉ-DIALYSE PATIENT EN MOBILITÉ - SÉANCE SANS PRÉSENCE MÉDICALE

 **Si réponse “oui” à un item du questionnaire : contacter l’équipe médicale pour conduire à tenir avant branchement.**

4. Paramètres de séances :

FAV / cathéter avec aspect pathologique	☐ Oui	☐ Non
UF supérieure à l'UF maximale programmée	☐ Oui	☐ Non
Poids du patient < au poids sec prescrit	☐ Oui	☐ Non

 **Document à scanner dans dossier patients**

FICHE CATHETER DE DIALYSE

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom/ Prénom :

Date de naissance :

CATHETER

Tunnelisé ☐ Oui ☐ Non

Date de pose :

Site :

☐ Droit ☐ Gauche

Débit sanguin habituel :

Problème(s) connu(s) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Type et volume du verrou :

Fréquence :

Fait à le

Signature de l'équipe sur site :

FORMULAIRE - PERSONNE DE CONFIANCE ET CONTACT D'URGENCE

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom/ Prénom :

Date de naissance :

La personne de confiance peut accompagner le patient dans ses démarches et être consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Sa désignation est facultative.

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Nom/ Prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone :

Téléphone secondaire :

Email :

Adresse :

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (OBLIGATOIRE)

Nom/ Prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone :

Téléphone secondaire :

Email :

VALIDATION

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et autorise l'équipe médicale à contacter les personnes mentionnées si nécessaire.

Fait à le

Signature du patient :

FORMULAIRE ATTESTATION POUR L'IDENTIFICATION DES PATIENTS À RISQUE BMR-BHRE

Dans le cadre de la prévention des infections à bactéries résistantes et de l'accueil de patients en hémodialyse dans un contexte de mobilité, aucun prélèvement préalable à la recherche de BMR/BHRe n'est requis. Nous vous remercions néanmoins de bien vouloir compléter cette attestation précisant le statut de votre patient.

Je soussigné-e, Dr :

Atteste les informations suivantes concernant Mr/Mme

Statut vis-à-vis des bactéries Multi-Résistantes (BMR) :

Le patient est connu comme présentant une colonisation à BMR

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'information (PI)

Si oui : ☐ SARM ☐ Entérobactérie BLSE ☐ Autre

Site :

Le patient présente une infection à BMR

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'information (PI)

Si oui : ☐ SARM ☐ Entérobactérie BLSE ☐ Autre

Site :

Statut vis-à-vis des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) :

Le patient est porteur d'un entérocoque résistant aux glycopeptides (ERV)

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'information (PI)

Le patient est porteur d'un entérobactérie sécrétrice de carbapénémase (EPC)

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'information (PI)

Le patient est ou a été en contact d'un patient porteur d'ERV ou d'une EPC

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'information (PI)

Depuis moins d'1 an, le patient a été dialysé ou hospitalisé dans un pays autre que la France

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'information (PI)

Attestation remplie à le

Nom du médecin et signature :