|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aanvraagformulier Vakantie Hemodialyse in Veurne** | | | |
| **Vakantie Hemodialyse**  Collectieve AutoDialyse (CAD) Veurne  Klinieklaan 1, 8630 Veurne  Tel. 00 32 (0)58 33 38 20 (ma - woe - vrij, 8u - 18u)  E-mail [cad@azwest.be](mailto:cad@azwest.be)  **Samenwerking tussen :** | | |  | |  |
| **Jan Yperman Ziekenhuis**  Briekestraat 12  8900 Ieper | **AZ West**  Ieperse Steenweg 100  8630 Veurne | **AZ Delta**  Deltalaan 1  8800 Roeselare | |
| Tel. Dialyse: 057/35 61 40 | Tel. Dialyse: 058/33 38 20  [Afbeeldingsresultaat voor logo az west](http://www.google.be/url?url=http://www.invlaanderen.be/(36950)/az-sint-augustinus-veurne-wordt-az-west&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjpo4rX_anUAhXPJlAKHRmmB4EQwW4IGjAC&usg=AFQjCNE9545NjldEr8cFkmFQYQ8vYkdI0g) | Tel. Dialyse: 051/23 38 98 | |
| 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 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 2de periode enkel dialysevoorschrift en medicatielijst mailen aub.

* Bij alle vakantiepatiënten zal bij de 1ste vakantiedialyse een bloedafname worden uitgevoerd.

**Deel 1: GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT**

1. **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.).

1. **Huidig dialysecentrum**

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

1. **Vakantie-inlichtingen**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vakantieadres: | | | | | | |
| Straat: | |  | | | Nr: |  |
| Postnummer: | |  | | | Gemeente: |  |
| Telefoon: | |  | | | | |
| Eerste vakantiedialyse op: | | | | | | |
| Laatste vakantiedialyse op: | | | | | | |
| Voorkeur voor |  | | Voormiddag | Maandag/ woensdag/ vrijdag | | |
|  |  | | Namiddag | Maandag/ woensdag/ vrijdag | | |
| We noteren uw voorkeur maar kunnen om organisatorische redenen niet garanderen dat dit zal lukken. | | | | | | |
| aankruisen indien u na dialyse een maaltijd wenst mee te nemen naar huis  Aangepaste maaltijd (vb. diabeet, gemalen, …):………………………………………………………… | | | | | | |

1. **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: |

1. **Mutualiteits- of verzekeringsgegevens**

|  |
| --- |
| ***Voor Belgen:*** |
| Naam + nummer mutualiteit: |
| Kleefvignet mutualiteit:  Rijksregisternummer: |
| ***Voor patiënten uit het buitenland:*** Wil een kopie bijvoegen van uw Europese ziekteverzekeringskaart en op de dag van de 1ste vakantiedialyse de kaart meebrengen a.u.b. |

1. **Vervoer (gelieve aan te kruisen)**

|  |
| --- |
| Ik kom met een ambulancedienst naar CAD Veurne  Ik voorzie eigen vervoer (eigen wagen, fiets, …)  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. |

1. **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 verwikkelingen zoals een infectie;
  + de mogelijke gevolgen indien de behandeling niet zal doorgaan.

**Datum:** …… / …… / …….. **datum**: …../ …../…….

**Naam patiënt of wettelijke vertegenwoordiger:** ……………………… naam/handtekening arts:

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:**

1. **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 verwikkelingen zoals een infectie;
  + de mogelijke gevolgen indien de behandeling niet zou doorgaan.
* Dit document is maximum één jaar geldig vanaf datum van ondertekening.

**Datum:** …… / …… / …….. **datum**: …../ …../…….

**Naam patiënt of wettelijke vertegenwoordiger:** ……………………… naam/handtekening arts:

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:**

**Deel 2: GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND NEFROLOOG**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam PATIËNT:** | |
| Renale diagnose: | |
| Recente problemen / verwikkelingen tijdens dialyse: | |
| Datum eerste dialyse in uw centrum: | |
| Andere diagnosen / 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 (enkel Mircera beschikbaar uit voorraad in CAD Veurne)  Te geven tijdens vakantie: ja neen  Zo ja, naam:  Dosis:  Data waarop moet toegediend worden:  IV of SC: | |
| **Ijzer (in CAD Veurne is Injectafer 2ml/100mg beschikbaar):**  Te geven tijdens vakantie: ja neen  Zo ja, naam:  Dosis:  Data waarop moet toegediend worden:  IV of PO: | |
| **Vitamines en eventuele andere medicatie (zelf mee te brengen vanuit moedercentrum):**  **Graag de toedieningswijze vermelden (SC, IM, extracorporeel circuit …)**  **…………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………….** | |
| **Thuismedicatie:** | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Medicatie** | **Toedieningsweg** | **Tijdstip van inname** | | | | | | **Opmerkingen** | |  | **(PO, SC, …)** | **8u** | **10 u** | **12u** | **16u** | **18u** | **20u** |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |

* Zo inname van perorale anticoagulantia, streefwaarde van INR:

1. **Dialysegegevens:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aantal dialyses per week:** | **Dialyseduur: …… uur …… min** |
| **Bloedflow (QB) in ml/min:** | **Dialysaatflow (QD) in ml/min:** |
| **Hemodiafiltratie:**  ja :  predilutie  postdilutie  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 (Fraxiparine / Clexane beschikbaar)**  **Naam:**  **Dosis bij start dialyse:**  **Extra dosis tijdens dialyse:**  **Heparine-geïnduceerde thrombocytopenie (HIT):**  ja  neen | |
| 1. **Dialysaatsamenstelling (mmol/L)** | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Kalium: mmol/l** | **Bicarbonaat: mmol/l** | | **Natrium: mmol/l** | **Calcium: mmol/l** | | | |
|  | | | | |
| 1. **Kunstnieren beschikbaar in CAD Veurne (graag aanduiden welke nier we mogen gebruiken bij uw patiënt):**  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Kunstnier** | **Merk** | **Type** | **Membraan** | **Opper-vlakte** | |  | FX 80 | Fresenius | highflux | Helixone plus= polysulfone en PVP | 1.8 m2 | |  | FX 800 | Fresenius | highflux | Helixone plus= polysulfone en PVP | 2 m2 | |  | FX 1000 | Fresenius | highflux | Helixone plus= polysulfone en PVP | 2.3 m2 | |  | Sureflux 19 UX | Nipro | highflux | Triacetaat | 1.9 m2 | |  | Sureflux 21 UX | Nipro | highflux | Triacetaat | 2.1 m2 | |  | Solacea 19H | Nipro | highflux | Triacetaat | 1.9 m2 | |  | Solacea 21H | Nipro | highflux | Triacetaat | 2.1 m2 | | | |
|  | | | |

1. **Vasculaire toegangsweg:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arterioveneuze fistel** | | | Plaats: | | | | | | | |
| **(AV fistel)** | | | Natieve fistel / prothese: | | | | | | | |
|  | | | Unipunctuur / bipunctuur: | | | | | | | |
|  | | | Laddertechniek / buttonhole: | | | | | | | |
|  | | | Scherpe naalden / botte naalden: | | | | | | | |
|  | | | Beschikbare types: Nipro 15G x 1.25” cath scherp (1.9x32mm) / Nipro 15G x 1.25” cath bot (1.9x32mm) / Nipro 15G x 25mm metalen scherpe naald / Nipro 15G x 25mm metalen botte naald | | | | | | | |
|  | | | Zo specifieke naalden gebruikt moeten worden, gelieve deze mee te geven met de patiënt. | | | | | | | |
| **Dialysekatheter** | | | Plaats: | | | | | | | |
|  | | | Enkellumen / dubbellumen: | | | | | | | |
|  | | | Katheterslot: | | | | | | | |
|  | | |  | Heparine (5.000 IE/ml) | | | | volume: A: ……… ml V: ……… ml | | |
|  | | |  | Heparine verdund  Verdunning: ……….. | | | | volume: A: ……… ml V: ……… ml | | |
|  | | |  | Citralock 46.7% | | | | volume: A: ……… ml V: ……… ml | | |
|  | | |  | Taurolock Hep 500® | | | | volume: A: ……… ml V: ……… ml | | |
|  | | |  | Actosolv® | | | |  | | |
|  | 1. **Screening overdraagbare aandoeningen:** | | | | | | |
| **Datum van afname 6 weken vóór 1ste 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:** | | |

1. **Listering voor niertransplantatie:**

|  |
| --- |
| **Transplantkandidaat**  Ja (Transplantcentrum: ………………………..…………………….)    Nee |

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

**DNR code:**

code 0 = alle zorgen toe te dienen

code 1 = niet reanimeren

in geval van circulatiestilstand geen defibrilatie, thoraxmassage noch medicatie

in geval van respiratoir falen geen intubatie of kunstmatige beademing

enkel niet-invasieve beademing

code 2 = therapie niet uitbreiden (geen transfer naar Intensieve Zorgen)

code W = wilsbeschikking (graag kopie toevoegen a.u.b.)

1. **Overige medische gegevens:**

|  |
| --- |
| **EKG en RX thorax bijvoegen a.u.b.** (niet ouder dan 6 maanden) |

|  |
| --- |
| **Laboresultaten bijvoegen a.u.b.** |

|  |
| --- |
| **Medische brief (met medische voorgeschiedenis) bijvoegen a.u.b.** |

**Datum:**

**Stempel nefroloog: Handtekening nefroloog:**