

**Livret d'Entrée Patient  
DIALYSE AMBULATOIRE**

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET  
SIGNÉ LE JOUR DE VOTRE PREMIÈRE SÉANCE DE DIALYSE.**

Nom de naissance :  
Nom d'usage :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Age :

*Etiquette patient*

**Identification  
du patient**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Centre de Dialyse précédent - Nom et adresse : .....

..... Téléphone : .....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Cardiologue : ..... Téléphone : .....

Endocrinologue : ..... Téléphone : .....

Autre spécialiste : ..... Téléphone : .....

Pharmacie habituelle : ..... Téléphone : .....

Laboratoire habituel : ..... Téléphone : .....

Transporteur habituel : ..... Téléphone : .....

**J'autorise  Je n'autorise pas  l'établissement :**

- à numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance)
- réaliser mon portrait sous format numérique (à partir de ma pièce d'identité), insérer cette image dans mon dossier patient informatisé, stocker cette image sur le serveur de l'établissement

**Représentant  
du patient ou  
d'un majeur  
sous tutelle**

**A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :**

**Identification du  représentant /  tuteur<sup>(1)</sup> du patient :**

Nom : .....


Prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

**Signature du représentant  
ou tuteur du patient**

<sup>(1)</sup> : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Soins réalisés par des étudiants</b>        | J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas <input type="checkbox"/> un <b>étudiant</b> (infirmier(e) ou aide-soignant(e)) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.   | <b>Signature du patient</b>                  |
| <b>Transmissions des informations de santé</b> | <b>Je demande</b> <input type="checkbox"/> <b>Je refuse</b> <input type="checkbox"/> que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :<br>Nom et prénom du Médecin traitant : ..... Nom et prénom du Médecin de mon choix : .....<br>Adresse : ..... Adresse : .....<br>Tél. : ..... Tél. : .....   |  |
|  | <b>J'autorise</b> <input type="checkbox"/> <b>Je n'autorise pas</b> <input type="checkbox"/> l'établissement à contacter, <u>en cas de nécessité médicale</u> , mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées :<br>Nom, prénom : ..... Nom, prénom : .....<br>Lien avec le patient : ..... Lien avec le patient : .....<br>Tél. : ..... Tél. : .....   |  |
|  | <b>J'autorise</b> <input type="checkbox"/> <b>Je n'autorise pas</b> <input type="checkbox"/> dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.<br> Pour information, si vous en possédez un, l'établissement peut déposer dans votre <b>Dossier Médical Partagé (DMP)</b> , visible sur le site internet « Mon Espace Santé », les documents relatifs à votre hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, ordonnance de sortie...). Vous pouvez exercer votre droit d'opposition directement sur ce site ou bien par téléphone au 3422, ou faire valoir votre droit de refus d'alimentation du DMP pour motif légitime au cours de votre séjour auprès du personnel de notre établissement. |  |
| <b>Non divulgation de présence</b>             | <input type="checkbox"/> <b>Je souhaite ne pas divulguer ma présence</b> au sein de votre établissement et conserver mon anonymat.  |  |
| <b>Personnes à prévenir</b>                    | <b>J'autorise</b> l'établissement à prévenir, <u>en cas de nécessité</u> , la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :<br>Nom, prénom : ..... Nom, prénom : .....<br>Lien avec le patient : ..... Lien avec le patient : .....<br>Tél. : ..... Tél. : .....  |  |
| <b>Désignation de la personne de confiance</b> | <input type="checkbox"/> <b>Je souhaite désigner une personne de confiance :</b><br>Nom, prénom : .....<br>Date et lieu de naissance : .....<br>Adresse : ..... Tél. : .....<br>Cette personne, légalement capable, est : <input type="checkbox"/> un proche <input type="checkbox"/> un parent <input type="checkbox"/> mon Médecin traitant<br>Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>   |  |
|  | <b>Réservé à la personne de confiance :</b><br>Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.<br>Fait à ..... le .....  | <b>Signature de la personne de confiance</b> |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Je souhaite ne pas désigner une personne de confiance :</b> je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.   |  |
| <b>Directives anticipées</b>                   | <b>Avez-vous rédigé des directives anticipées ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |  |

# INFORMATIONS ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ A L'ADMISSION EN TRAITEMENT DE SUPPLÉANCE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

*Informations données par le Médecin Néphrologue concernant votre prise en charge en Service de Dialyse ambulatoire*

Je soussigné(e) ..... en ma qualité de :  
 patient(e)     représentant légal de .....

- Reconnais, suite aux informations orales et écrites données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L1111-4 et R4127-36) :
  - avoir été clairement informé(e) par le Médecin Néphrologue, le Dr ..... sur mon état de santé et la réflexion bénéfico-risque qui en découle, et l'autorise à me prendre en charge et à m'apporter tous les soins et traitements nécessaires à mon état de santé.
  - que Le Livret d'Information Patient et le Livret d'Accueil du Patient Dialysé m'ont été remis dans des délais suffisants afin que je puisse les lire et les comprendre.
  - qu'il m'a été donné une information claire et appropriée sur :
    - les différentes techniques de traitement de l'insuffisance rénale et les établissements pratiquant ces thérapies dans la région
    - les précautions préalables et les risques éventuels y compris les risques exceptionnels
    - le fonctionnement du service de Dialyse
    - la possibilité de bénéficier d'une consultation infirmière si elle n'a pas été organisée en pré dialyse
  - avoir pu poser librement toutes les questions concernant les actes médicaux, diagnostiques et ou thérapeutiques.
  - avoir compris que :
    - mon état de santé nécessite une prise en charge en Service de Dialyse ambulatoire
    - il était nécessaire de mettre en place, soit un cathéter central provisoire, soit un cathéter central tunnelisé dans le cas où il serait impossible de mettre en place une fistule artério veineuse ou une prothèse synthétique, et dans celui d'un diagnostic tardif ou en situation d'urgence
    - ce traitement nécessite des analyses biologiques régulières, notamment des tests à la recherche d'infections VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C), VIH (virus du sida)
    - une vaccination contre l'Hépatite B est indispensable, dans le cas où je ne serais pas préalablement protégé contre cette maladie (lutte contre les infections nosocomiales)
    - le suivi de ce traitement nécessite également des examens réguliers qui me seront prescrits par les Médecins Néphrologues du Service de Dialyse (exemple : pré-greffe...)
    - le temps de dialyse et la fréquence des séances de dialyse sont des prescriptions médicales en conformité avec les recommandations professionnelles de bonnes pratiques\* :
    - Recommandation 1.1 : L'hémodialyse doit être prescrite sur une base minimale de trois séances par semaine comportant une durée totale de traitement minimale de 12 heures par semaine, en dehors des cas où il persiste une fonction rénale résiduelle significative.

En conséquence, sur la base des informations et conseils reçus :

- J'accepte :
  - le traitement de mon insuffisance rénale par la technique suivante (cocher la mention retenue) :
 

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hémodialyse en Centre                       | <input type="checkbox"/> Hémodialyse en Auto dialyse Assistée | <input type="checkbox"/> Hémodialyse à domicile                   |
| <input type="checkbox"/> Hémodialyse en Unité de Dialyse Médicalisée | <input type="checkbox"/> Hémodialyse en Auto dialyse Simple   | <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale continue ambulatoire |
|  |   | <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale automatisée          |
  - le suivi biologique, les examens réguliers nécessaires dans le suivi du traitement ou selon les besoins spécifiques de prise en charge, la désobstruction éventuelle de la voie d'abord vasculaire, la mise en place de cathéters si nécessaire
  - un repli ou une hospitalisation, si mon état clinique le nécessite, vers un autre établissement disposant de moyens techniques mieux adaptés.
- J'autorise l'établissement à effectuer une transfusion si celle-ci s'avère indispensable
- J'ai bien noté que je peux, à tout moment, revenir sur ce consentement général et à durée indéterminée.
- Je reconnais avoir été informé(e) :
  - par ce même médecin qu'aucun autre acte médical ou aucun autre traitement ne peut être pratiqué sans mon consentement libre et éclairé.
  - que tout traitement médicamenteux prescrit antérieurement à la prise en charge en dialyse doit être validé par le Médecin Néphrologue qui prend en charge mes séances.

Je, soussignée,

- Déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cette prise en charge
- Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- Certifie ne pas avoir dissimulé d'information ou d'éléments aux médecins nécessaires à ma prise en charge

\*European Best Practice Guidelines Working Group, EBPG guideline on dialysis strategies

Fait à ..... Le .....

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Signature du Médecin Néphrologue responsable du patient</b> | <b>Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)</b> | <b>CAS PARTICULIER<br/>PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE</b> |   |
|  |  | Nom et signature du tuteur du majeur sous tutelle      | Nom et signature du majeur sous tutelle |
|  |  | (précédée de la mention « lu et approuvé »)            |   |

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

## TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Traitements en cours     Aucun traitement en cours

Si vous avez un traitement en cours, n'oubliez pas d'apporter **vos ordonnances et vos médicaments dans leurs boîtes le jour de votre première séance dialyse.**

Prenez-vous d'autres médicaments ou compléments alimentaires non mentionnés dans votre ordonnance ?

oui  non  , si oui, précisez :

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

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

***Important : ce questionnaire est indispensable à votre prise en charge***

***Remplissez-le avec soin à domicile ou avec votre médecin traitant***

Poids : ..... Taille : ..... Variation de poids récente :  non  oui

Si oui : Prise de poids : ..... kg depuis : ..... / Perte de poids : ..... kg depuis : .....

**AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI  NON  , si oui précisez :**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Produits iodés<br><input type="checkbox"/> Alimentaires (précisez) : .....<br><input type="checkbox"/> Latex<br><input type="checkbox"/> Médicaments (précisez) : .....<br><input type="checkbox"/> Antibiotiques (précisez) : ..... | Types de réactions :<br><input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Rhume des foins<br><input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke<br><input type="checkbox"/> Intolérances (précisez) : .....<br>.....<br><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....<br>..... |
|---|---|

**MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE : OUI  NON  , si oui précisez :**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand<br><input type="checkbox"/> Myopathie / Myotonie<br><input type="checkbox"/> Myasthénie | <input type="checkbox"/> Oedème Angio-Neurotique<br><input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....<br>.....<br>..... |
|--|--|---|

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ? OUI  NON**

Si oui, précisez :

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

**AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES LORS DE PRÉCÉDENTES ANESTHÉSIES ? OUI  NON**

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

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

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### CARDIAQUES

- Hypertension artérielle                            oui    non
- Infarctus, angine de poitrine                    oui    non
- Si oui, êtes-vous porteur de stent ?        oui    non
- Varices, phlébite, embolie pulmonaire        oui    non
- Artérite    oui    non
- Troubles du rythme :                                oui    non
- Si oui :  Tachycardie    FA    Autres (précisez) :  
 .....

### RESPIRATOIRES

- Asthme    oui    non
- Bronchite chronique                                oui    non
- Insuffisance respiratoire                        oui    non
- Apnées du sommeil                                 oui    non
- Si oui, êtes-vous appareillé(e) ?        oui    non

### DIGESTIFS

- Brûlures d'estomac                                oui    non
- Ulcère gastrique                                  oui    non
- Hernie hiatale                                        oui    non
- Troubles du transit                                 oui    non
- Si oui :  Constipation    Diarrhée
- Autres, précisez : .....
- .....

### URINAIRES, RÉNAUX

- Coliques néphrétiques                            oui    non
- Problème de prostate                               oui    non

### GYNÉCOLOGIQUES

- Nombre de grossesses : .....
- Nombre d'accouchements : .....
- Avez-vous eu une péridurale pour votre  
ou vos accouchement(s) ?                    oui    non
- Date des dernières règles : .....
- Êtes-vous enceinte ?                               oui    non

### DIVERS

- Maladie de Willebrand                            oui    non
- Hémophilie    oui    non
- Glaucome    oui    non
- Hépatite B   oui    non
- Hépatite C   oui    non
- HIV   oui    non

### NEUROLOGIQUES

- Migraines    oui    non
- Épilepsie    oui    non
- Accident ischémique transitoire (AIT)        oui    non
- Si oui, séquelles ?                             oui    non
- Si séquelles, précisez : .....
- .....
- Accident vasculaire cérébral (AVC)           oui    non
- Si oui, séquelles ?                             oui    non
- Si séquelles, précisez : .....
- .....
- Syndrome de dépression                         oui    non

### ENDOCRINIENS

- Diabète    oui    non
- Si oui, traité par :  Régime    Comprimés    Insuline
- Problème de thyroïde                              oui    non
- Cholestérol   oui    non
- Triglycérides                                       oui    non
- Autres, précisez : .....
- .....

### TOXICOLOGIQUES

- Tabac    oui    non
- Si oui, combien : .....
- Depuis quand ? .....
- Avez-vous arrêté ?                             oui    non
- Si oui, depuis quand ? .....
- Cigarette électronique                         oui    non
- Alcool, vin...                                        oui    non
- Si oui, précisez : .....
- Depuis quand ? .....
- Avez-vous arrêté ?                             oui    non
- Si oui, depuis quand ? .....
- Cannabis    oui    non
- Si oui, précisez : .....
- Autres stupéfiants                                 oui    non
- Si oui, précisez : .....

### AUTRES MALADIES

- oui    non
- Si oui, précisez : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**STATUT TRANSFUSIONNEL**

Avez-vous été transfusé(e) ? oui  non  , si oui, à quelle(s) date(s) ?

Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre prise en charge en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui  non  , si non, motif :

**PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI  NON**

Lentilles oui  non   
Prothèse auditive oui  non   
Autres oui  non  , si oui, lesquelles ? .....

**Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas précisé dans ce questionnaire ?**

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

**Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité des informations mentionnées dans la rubrique « Questionnaire Patient » pages 4 à 6**

**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant**



**Je, soussigné(e) :**

- atteste de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je rapporterai impérativement le jour de ma première séance de dialyse et qui sera archivé dans mon dossier médical
- atteste avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver :

**Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patient » :**

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- Consentement éclairé
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- Traitement médicamenteux
- Signalement des événements sanitaires indésirables

**Informations complémentaires en vue de votre prise en charge :**

- Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)
- Messageries sécurisées
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information
- Informations concernant la lutte contre la douleur
- Informations concernant l'interdiction de fumer
- Cas particulier de l'allergie au Latex
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

**Engagement du patient**

- En fonction de la situation épidémique, certaines mesures pourront être demandées (port du masque, isolement...) selon les recommandations internes à l'établissement. Je reconnais en être informé(e) et en accepte le principe.

Fait à .....  
Le .....

**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)**



**Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des nombreuses informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).**