



FORMULAIRE 1 - Demande d'un patient de dialyser dans un autre programme régional de néphrologie

Formulaire de demande de visite pour les patients sous dialyse

Complété en se référant au programme de dialyse

Nom du patient : _____

A demandé une dialyse à l'unité de dialyse suivante: _____

Aux dates suivantes (JJ/MM/AA): _____ - _____

Programme régional de reins de référence (PRR) : _____

Modalité actuelle : HHD Nocturne ICHD DP

Horaire actuel de dialyse chronique LMA JVS Autre: _____

Préférence de quart de dialyse pendant le voyage Matin Après-midi Autre: _____

Nombre total de traitements requis pendant le voyage: _____

Les réservations de dialyse ne peuvent être confirmées tant que ce dossier n'est pas complété avec toutes les informations requises et qu'il n'a pas été examiné par le Programme régional de néphrologie demandé et leurs néphrologues.

Capacité à voyager certifiée par un néphrologue Nom du néphrologue : _____

Capacité à voyager certifiée par l'infirmière praticienne Nom de l'infirmière praticienne : _____

Capacité à voyager certifiée par l'assistant médical Nom de l'assistant médical : _____

Coordonnées du programme demandé

Nom du programme: _____

Numéro de téléphone: _____

Télécopieur: _____

Adresse courriel: _____

Le patient a-t-il été dialysé à ce PRR demandé auparavant: Oui Non

Le programme est un site EPIC: Oui Non

Unité responsable de l'orientation

Nom du PRR: _____

Numéro de téléphone: _____

Numéro de télécopieur: _____

Adresse courriel: _____

Nom du contact de l'unité clinique principale: _____

Adresse courriel de l'unité clinique: _____

Numéro de téléphone de l'unité clinique: _____

Adresse du PRR: _____

Nom du néphrologue responsable de l'orientation: _____

Signature du néphrologue: _____

Numéro de téléphone du néphrologue: _____

Adresse courriel du néphrologue: _____

Veillez soumettre ce formulaire à l'attention de :

Remarque : Contact spécifique du PRR à ajouter

Consentement

Signature du patient ou du mandataire spécial: _____ ou accord verbal

Date de signature ou d'accord (JJ/MM/AA): _____

Liste de vérification des documents pour le formulaire de demande de visite

Veillez vous assurer que tous les documents énumérés sont inclus dans la trousse du formulaire de demande de visite avant de la soumettre

Documents requis	
Antécédents médicaux récents avec la signature d'un néphrologue ou une signature électronique, notamment un résumé des diagnostics rénaux principaux et des comorbidités rénales en pièce jointe.	<input type="checkbox"/> Pièce jointe
Résultats récents des analyses de sang (au cours des 4 à 8 dernières semaines)	<input type="checkbox"/> Pièce jointe
Résultats du dépistage des infections (dans _____) <i>Remarque : PRR demandé pour spécifier les exigences de date.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SARM ▪ VRE ▪ CPE ▪ Statut de vaccination contre l'hépatite B ▪ Hépatite C 	<input type="checkbox"/> SARM en pièce jointe <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Négatif au SARM <input type="checkbox"/> Positif au SARM <input type="checkbox"/> VRE en pièce jointe <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Négatif au VRE <input type="checkbox"/> Positif au VRE <input type="checkbox"/> CPE en pièce jointe <input type="checkbox"/> Immunisation complétée et jointe à ce formulaire. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antigène de l'hépatite B négatif <input type="checkbox"/> Antigène de l'hépatite B positif <input type="checkbox"/> Anticorps de l'hépatite B négatif <input type="checkbox"/> Anticorps de l'hépatite B positif <input type="checkbox"/> Niveau d'anticorps : _____ mg/dL
Liste actuelle des médicaments	<input type="checkbox"/> Pièce jointe
Consentement signé	<input type="checkbox"/> Pièce jointe
Allergies	<input type="checkbox"/> Aucune allergie médicamenteuse connue <input type="checkbox"/> Pièce jointe
Trois traitements de dialyse les plus récents	<input type="checkbox"/> Pièce jointe
Objectifs de soins (avec la note associée la plus récente)	<input type="checkbox"/> Pièce jointe



Renseignements démographiques des patients en dialyse et Renseignements sur l'unité de dialyse référente

Données démographiques

Nom complet: _____		Nom préféré: _____	
Sexe à la naissance: _____		Genre: _____	
Date de naissance (JJ/MM/AA): _____		Numéro de carte Santé: _____ Date d'expiration du numéro de carte Santé (MM/JJ/AA): _____	
Citoyen canadien ou citoyenne canadienne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Hors province : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Citoyenneté (si non canadien(ne)) : _____		Province (si hors province): _____	
<input type="checkbox"/> Le patient a une couverture d'assurance.			
Compagnie d'assurance: _____			
Renseignements supplémentaires sur l'assurance :			
Adresse à domicile: _____		Langue préférée: _____	
Numéro de téléphone mobile: _____		Considérations culturelles: _____	
Numéro de téléphone à domicile: _____			
Numéro de téléphone au travail: _____			
Nom de la personne-ressource en cas d'urgence: _____		Mandataire spécial: _____	
Relation: _____		Relation: _____	
Numéro de téléphone: _____		Numéro de téléphone: _____	
Nom de la personne-ressource alternative: _____			
Relation: _____			
Numéro de téléphone: _____			
Statut de code et objectifs de soins :		<input type="checkbox"/> Code complet <input type="checkbox"/> Ne pas réanimer <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Statut de code:	

Ordre de traitement par dialyse, accès vasculaire, antécédents médicaux et renseignements sur les besoins spécifiques du patient

Ordonnances de traitement de dialyse

Copies des 3 Derniers Traitements de Dialyse		<input type="checkbox"/> Ci-joint
Durée de la dialyse (heures): _____ Poids à sec (Kg): _____	Composition du dialysat: <ul style="list-style-type: none"> • Sodium (Na): _____ mmol/L • Potassium (K+) : _____ mmol/L • Calcium (Ca): _____ mmol/L • Bicarbonate (HCO₃): _____ mmol/L • Magnésium (MG): _____ mmol/L • Phosphate (PO₄): _____ mL de flotte • Autre: _____ 	
Profil de sodium (le cas échéant)		
Type de dialyseur: <i>Remarque : PRR pour partager les dialyseurs disponibles avec la lettre de retour</i>		
Débit de dialysat (mL/min):		
Température du dialysat:		
Débit sanguin (mL/min):		
Plage de pression artérielle (avant et après Dialyse):		
Anticoagulation (Type et Dosage):	Type: Dosage:	



Profil ou paramètres de l'UF:		
Instructions spéciales spécifiques au patient: (par exemple, informations sur la canulation d'accès, préparation du dialyseur, le patient doit apporter son propre dialyseur, le patient doit apporter ses propres aiguilles, que se passe-t-il si la pression artérielle des patients chute pendant le traitement de dialyse, anesthésie topique)		
Gestion de l'anémie	Médicament à base de fer: _____ Dosage: _____ <u>Date de la dernière dose</u> (JJ/MM/AA): _____ Voie d'administration : _____ Fréquence: <input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> Hebdomadairement <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Autre: _____	Médicament IECA: _____ Dosage: _____ Date de la dernière dose (JJ/MM/AA): _____ Voie d'administration: _____ Fréquence: <input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> Hebdomadairement <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Autre: _____



Accès vasculaire

Accès primaire	<input type="checkbox"/> Fistule AV <input type="checkbox"/> Greffon AV <input type="checkbox"/> Cathéter veineux central <input type="checkbox"/> Autre : Emplacement de l'accès <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Détails supplémentaires :
Accès secondaire	<input type="checkbox"/> Fistule AV <input type="checkbox"/> Greffon AV <input type="checkbox"/> Cathéter veineux central <input type="checkbox"/> Autre : Emplacement de l'accès <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Détails supplémentaires :
Cathéter de DP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des considérations particulières pour la canulation	Auto-canulation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Canulation du partenaire: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres considérations:
Type et taille d'aiguille	Type: _____ Taille: _____
Agent de verrouillage de ligne centrale et volumes	Agent de verrouillage: _____ Volume: _____ mL
Anesthésique local ou topique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type:



Antécédents médicaux – Peut joindre un résumé du dossier médical électronique

Diabète sucré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dépendant de l'insuline : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Informations supplémentaires :			
Liste des médicaments actuels :			<input type="checkbox"/> Ci-jointe
Allergies connues :			
Médicaments intraveineux requis pendant la dialyse : <i>*La liste doit être apportée par le patient</i>			
Médicaments oraux requis pendant la dialyse : <i>*La liste doit être apportée par le patient</i>			

Besoins spécifiques au patient

Besoins en mobilité :	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Nécessite l'assistance d'une personne. <input type="checkbox"/> Nécessite l'assistance de plus d'une personne <input type="checkbox"/> Risque de chute
Accessibilité :	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Perte de vision <input type="checkbox"/> Dispositifs d'assistance (c'est-à-dire dispositifs de langue et/ou d'interprétation) : <hr/> <input type="checkbox"/> Difficultés de communication <input type="checkbox"/> Perte auditive <input type="checkbox"/> Autre :
Position de dialyse préférée	<input type="checkbox"/> Le patient peut s'asseoir sur une chaise <input type="checkbox"/> Le patient ne peut utiliser le lit que (fournir la raison ci-dessous):

Renseignements sur l'infection et l'immunité

Infection et immunité

Exigences en matière d'isolement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Détails : _____
Histoire d'autres infections	<input type="checkbox"/> BLSE <input type="checkbox"/> CPO <input type="checkbox"/> Autre: _____
Renseignements supplémentaires	

Renseignements spécifiques au voyage et au lieu

Informations spécifiques au voyage

Raison de la visite :	
Adresse temporaire pendant le voyage :	Rue: _____ Ville: _____ Code postal: _____
Contact local pendant le voyage :	Nom: _____ Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
Mode de transport :	<input type="checkbox"/> Transport personnel <input type="checkbox"/> Transport fourni par le contact du patient <input type="checkbox"/> Autre: _____
Plans d'urgence lors des voyages :	
Personne-ressource en cas d'urgence pendant le voyage :	



Santé Ontario
Réseau Rénal de l'Ontario

Autres commentaires :