

AZ Turnhout (campus St Jozef)
Steenweg op merksplas 44
2300 Turnhout
Tel: 014 44 44 60
Fax: 014 44 44 65
Mail-dialyse-vakantie@azturnhout.be

Geachte heer/mevrouw,

Voor uw patiënt

werd een vakantiedialyse geboekt in AZ Turnhout:

Campus Sint-Jozef Campus Sint-Elisabeth

Mogen wij U vragen bijgaande formulieren volledig ingevuld, samen met recent:

- Labo
- Hepatitis B en C screening
- MRSA screening: neus – lies- perineum
- CPE + VRE screening
- HIV screening
- Schema dialysemedicatie
- Thuismedicatie

terug te sturen, te faxen of te mailen, 1 maand voor de 1^{ste} dialyse in ons centrum. Patiënten waarvan niet alle gegevens tijdig teruggestuurd werden kunnen we helaas niet dialyseren.

Het vervoer van en naar ons dialysecentrum dient door de patiënt zelf geregeld te worden.

De mutualiteit moet door de patiënt zelf op de hoogte gebracht worden.

Bij vragen hieromtrent kan je contact opnemen met onze sociaal verpleegkundige:
014/ 44.41.22

We wensen je patiënt een deugddoende vakantie toe,

Met dank voor alle begrip en vriendelijke groeten,

Het dialyseteam

Vakantiedialyse

Persoonlijke gegevens

<i>Naam + Voornaam</i>			
<i>Geboortedatum</i>			
<i>Rijksregisternr.</i>			
<i>Adres</i>			
<i>Tel</i>			
<i>GSM</i>			
<i>Contact 1 (naam + Tel + relatie)</i>			
<i>Contact 2 (naam + Tel + relatie)</i>			

Gelieve een kopie van uw identiteitskaart in bijlage mee te sturen

Huidig dialysecentrum

<i>Naam centrum</i>	
<i>Adres</i>	
<i>Tel</i>	
<i>Fax</i>	
<i>E-mail</i>	
<i>Dialyseschema (huidig)</i>	

Vakantie gegevens

<i>Naam</i>	
<i>Adres</i>	
<i>Tel</i>	
<i>GSM</i>	
<i>Dialyseschema (vakantie)</i>	
<i>Eerste dialyse AZ-Turnhout</i>	
<i>Laatste dialyse AZ-Turnhout</i>	

Mutualiteitsgegevens van de patiënt

<i>Naam mutualiteit</i>	
<i>Nr. mutualiteit</i>	
<i>Neem titularis</i>	
<i>Nr. Inschrijving</i>	
<i>Code</i>	

Voeg eventueel een kleefvignet toe

Kleefvignet mutualiteit

Gelieve:

- Sis kaart en identiteitskaart mee te brengen bij de eerste vakantiedialyse.
- buitenlandse patiënt moet beschikken over een geldig paspoort, een Europese ziekteverzekeringskaart en/of een attest van tenlastenneming van de kosten door de (privé)verzekering van de patiënt. Dit attest en/of een kopie van de Europese ziekteverzekeringskaart moet(en) ten laatste 1 maand voor de eerste dialyse in ons bezit zijn. Indien de patiënt niet over een verzekering beschikt, moeten de kosten 14 dagen voor de eerste dialyse per overschrijving betaald worden.

Vervoer

<i>Eigen Wagen</i>	<input type="checkbox"/> Rijdt zelf
	<input type="checkbox"/> Wordt gebracht en afgehaald

<i>Taxi (naam)</i>	
<i>Tel</i>	
<i>GSM</i>	

Medische en technische dialysegegevens

<i>Renale diagnose</i>	
<i>Eerste dialyse</i>	
<i>Gekende complicaties dialyse</i>	
<i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
<i>Allergie</i>	
<i>Orale anticoagulantia</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Indien orale anticoagulantia, INR-kaart meebrengen

<i>Kunstnier</i>																
<i>Streefgewicht</i>																
<i>Dialysefrequentie</i>	/week uur															
<i>Gewichtstoename tussen dialyses</i>	Kg															
<i>Max UF/u</i>	Kg															
<i>Bloeddruk voor</i>	mmhg															
<i>Bloeddruk na</i>	mmhg															
<i>Dialysaat</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Kalium</td> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">mmol/l</td> </tr> <tr> <td>Calcium</td> <td></td> <td style="text-align: right;">mmol/l</td> </tr> <tr> <td>Natrium</td> <td></td> <td style="text-align: right;">mmol/l</td> </tr> <tr> <td>Bicarbonaat</td> <td></td> <td style="text-align: right;">mmol/l</td> </tr> <tr> <td>Temperatuur</td> <td></td> <td style="text-align: right;">°C</td> </tr> </table>	Kalium		mmol/l	Calcium		mmol/l	Natrium		mmol/l	Bicarbonaat		mmol/l	Temperatuur		°C
Kalium		mmol/l														
Calcium		mmol/l														
Natrium		mmol/l														
Bicarbonaat		mmol/l														
Temperatuur		°C														

Medicatie

Tijdens dialyse	
<i>Anticoagulantia</i>	
<i>Neorecormon (epo)</i>	
<i>Injectafer 100 mg</i>	
<i>Andere</i>	

Gelieve een recente medicatielijst mee te sturen in bijlage

Vaatacces

Katheter		
Type		
Locatie		
Punctuur	<input type="checkbox"/> Uni	<input type="checkbox"/> Bi
Citraat 4%	A: ml	V: ml
AV-fistel		
Type		
Locatie		
Techniek		
Punctuur	<input type="checkbox"/> Uni	<input type="checkbox"/> Bi
Aanprikrichting Art.		
Aanprikrichting Ven.		
Punctuur	<input type="checkbox"/> Naald	<input type="checkbox"/> Katheter

Transplantatielijst

- Ja**
 Neen

Centrum	
---------	--

Opmerkingen

--