



HOLIDAY DIALYSIS REQUEST/ DEMANDE DE DIALYSE PENDANT LES VACANCES / SOLICITUD DE DIÁLISIS EN VACACIONES

(to be completed by doctor or dialysis unit staff/ (à compléter par le médecin ou le personnel de l'unité de dialyse) / (para completar por el doctor o por el personal de la unidad de diálisis)

Please fill in CAPITAL LETTERS/ LETTRES MAJUSCULES/ LETRAS MAYÚSCULAS

PERSONAL DETAILS/ INFORMATIONS PERSONNELLES / DATOS PERSONALES:

Title/ Titre / Título: _____

Mr./Mrs./Ms. _____ / M./Mme/Mlle. _____ / Sr./Sra./Srta. _____

Name/ Prénom / Nombre: _____

Surname/ Nom de famille / Apellidos: _____

Date of birth/ Date de naissance / Fecha de nacimiento: ____/____/____

Language/ Langue / Idioma: _____

Home or postal address/ Adresse du domicile ou adresse postale / Domicilio o dirección postal:

Tel.:/ Tél. ./ Tel.: _____

Contactable relative/ Proche à contacter/ Pariente de contacto: _____

Relationship/ Relation/ Relación: _____

Tel.:/ Tél. ./ Tel.: _____

Arrival date on vacation/ Date d'arrivée sur le lieu de vacances/ Fecha de llegada de vacaciones: _____

Departure date/ Date de départ/ Fecha de salida: _____

Preferred treatment dates & time/ Dates et heures de traitement souhaitées/ Fechas y horario preferidos para el tratamiento: _____

Any attending person with the patient?/ Y aura-t-il une personne présente avec le patient ?/ ¿Asistirá alguien con el paciente? _____

His/her language?/ Sa langue ?/ ¿Cuál es su idioma? _____



Address while on vacation/ Adresse sur le lieu de vacances/ Dirección durante las vacaciones:

**Please attach the Itinerary, if the patient stays at more than one place/ *Veuillez joindre l'itinéraire si le patient se rend dans plusieurs lieux/ *Adjunte el itinerario si el paciente tiene varios destinos*

Reservation name or number (if hotel)/ Nom ou numéro de la réservation (si hébergement dans un hôtel)/ Nombre o número de la reserva (en caso de hotel):

Telephone number while on holiday/ Numéro de téléphone à contacter pendant les vacances/
Número de teléfono durante las vacaciones: _____

**Please fill in detail, because this is especially important in case of any needs to contact the patient while on holiday/*

**Veuillez compléter en détail car cette information est primordiale s'il s'avère nécessaire de contacter le patient pendant les vacances / *Añada todos los detalles, ya que esta información es especialmente importante si se necesita contactar con el paciente durante las vacaciones*



Name and address of your dialysis unit at home/ Nom et adresse de votre unité de dialyse chez vous/ Nombre y dirección de su unidad de diálisis local:

Nephrologist/ Néphrologue/ Nefrólogo: Dr. _____

Tel.:/ Tél. :/ Tel.: _____ Fax.: _____

Cause of renal failure/ Cause de la défaillance rénale/ Causa del fallo renal:

Other medical problems/ Autres problèmes médicaux/ Otros problemas médicos:

On dialysis treatment since/ Sous traitement de dialyse depuis/ En tratamiento de diálisis desde: _____ / _____ / _____

BLOOD TEST-SEROLOGY/ ANALYSE DE SANG (SÉROLOGIE)/ ANÁLISIS DE SANGRE SEROLÓGICO:

Hepatitis B (HBSAg): Neg./Pos./ Hépatite B (HBSAg) : nég./pos./ Hepatitis B (HBSAg):
Neg./Pos. _____ on/ on / el _____ / _____ / _____

Hepatitis B (HBSAb): Neg./Pos./ Hépatite B (HBSAb) : nég./pos. / Hepatitis B (HBSAb):
Neg./Pos. _____ on/ on / el _____ / _____ / _____

Hepatitis B (HBcAb): Neg./Pos./ Hépatite B (HBcAb) : nég./pos. / Hepatitis B (HBcAb):
Neg./Pos. _____ on/ on / el _____ / _____ / _____

Hepatitis C(HCV) o:Neg./Pos./ Hépatite C (HCV) o :nég./pos. / Hepatitis C (HCV)
o:Neg./Pos. _____ on/ on / el _____ / _____ / _____

Hepatitis C RNA-PCR HVC: Neg./Pos./ Hépatite C RNA-PCR HVC : nég./pos. / Hepatitis C
RNA-PCR HVC: Neg./Pos. _____ on/ on / el _____ / _____ / _____

HIV: Neg./Pos./ VIH : nég./pos. / VIH: Neg./Pos. ____ on/ on / el _____ / _____ / _____



MRSA Swabs :/ Prélèvements MRSA :/ Hisopo de MRSA:

Nose: Neg./Pos./ Nez : nég./pos. / Nariz: Neg./Pos. _____ on/ on / el __ /__ / __-

Groin : Neg./Pos./ Aine : nég./pos. / Ingle: Neg./Pos. _____ on/ on /el __ /__ / __-

Throat: Neg./Pos. / Gorge : nég./pos. / Garganta: Neg./Pos. _____ on/ on /el __ /__ / __-

Any wounds: Neg./Pos./ N'importe quelle plaie : nég./pos./ Posibles heridas: Neg./Pos. ____
on/ on /el __ /__ / __-

Hb: g/dl/ Hb : g/dl / Hgb: g/dl _____ on/ on /el _____ / _____ / _____

Urea: mgs/dl/ Urée : mgs/dl / Urea: mgs/dl _____ on/ on /el _____ / _____ / _____

K: mEq/L: / K : mEq/L : / K: mEq/L: _____ on/ on /el _____ / _____ / _____

Calcemia: mgs/dL:/ Calcémie : mgs/dL :/ Calcemia: mgs/dL: _____
on/ on /el _____ / _____ / _____

Fosfatemia: mgs/dL:/ Phosphate : mgs/dL :/ Fosfatemia: mgs/dL: _____
on/ on /el _____ / _____ / _____

ALT: UI /ALT : UI/ALT: UI _____ on/ on /el _____ / _____ / _____

AST: UI /AST : UI/AST: UI _____ on/ on /el _____ / _____ / _____

Please include copies of lab latest Hepatitis B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, HIV and MRSA blood test results./ Veuillez joindre une copie des derniers résultats sur l'hépatite B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, le VIH et les dernières analyses de sang MRSA. / Incluya copias de los resultados de los últimos análisis de sangre de Hepatitis B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, VIH y MRSA.

Known allergies/ Allergies connues / Alergias conocidas:



DIALYSIS DETAILS/ INFORMATIONS SUR LA DIALYSE / DETALLES DE LA DIÁLISIS

Type/ Type / Tipo: HD: _____ HDF-ONLINE:/ HDF EN LIGNE : / HDF EN LÍNEA: _____

Dialysis duration/ Durée de la dialyse / Duración de la diálisis: _____ hours/ heures / horas

Frequency/ Fréquence / Frecuencia: _____ / week / semaine / semana

Access type/ Type d'accès / Tipo de acceso:

1) AV fistula /Graft/ AV fistule / greffe / Fístula arteriovenosa/injerto _____
Left/ Gauche / Izquierdo _____ Right/ Droite / Derecho _____
Needle size/ Taille de l'aiguille / Calibre de la aguja: _____ gauge/
instrument de mesure / calibre

2) Permanent catheter/ Cathéter permanent / Catéter permanente: _____
Heparin lock volume/ Réglage du volume d'héparine / Volumen de sello de heparina
A _____ ml V _____ ml

Dialyser/ Dialyseur / Dializador: _____

Dialysate flow/ Débit de dialysat / Flujo de líquido de diálisis: _____

Dialysate/ Dialysat / Líquido de diálisis: K _____ Ca _____ Na _____

Low molecular weight heparin/ Héparine de bas poids moléculaire / Peso molecular de heparina bajo:

Generic name/ Nom générique / Nombre genérico: _____

dose/ dose / dosis: _____

Or/ Ou / O

Sodium heparin/ Héparine sodium / Heparina sódica:

Initial bolus/ Bolus initiale / Bolo inicial: _____ u;

Hourly/ Toutes les heures / Por hora: _____ u /

Continuously/ En continu / De forma continua _____ u/hour/ heure / hora

Blood flow/ Débit sanguin / Flujo sanguíneo: _____ ml/min

Average intake on dialysis/ Apport moyen lors de la dialyse / Promedio de dosis de diálisis:
_____ ml

Height/ Taille / Altura: _____ mt/mt/m Weight/ Poids / Peso: _____ kg

Dry weight/ Poids sec / Peso seco: _____ kg

Avg interdialytic gain/ Gain de poids moyen entre les dialyses / Ganancia de peso
interdialítica: _____ kg

Blood Pressure/ Pression sanguine / Presión arterial: pre/ avant / antes _____/_____
post/ après / después _____/_____



**DIALYSIS PROBLEMS/ PROBLÈMES LORS DE LA DIALYSE / PROBLEMAS DE
DIÁLISIS:**

Hypotension/ Hypotension / Hipotensión _____ Cramps/ Crampes /
Calambres _____

Other/ Autre / Otro:

Last results for dialysis adequacy/ Derniers résultats quant à l'adéquation de la dialyse /
Últimos resultados de aptitud de la diálisis:

Kt/V _____ or/ ou / o URR _____

Date/ Date / Fecha: _____/_____/_____

**Current medication/ Médicaments actuels / Medicación actual: (please include brand
names and generic names of drugs/ (veuillez indiquer les noms des marques et des
génériques des médicaments)/ (incluya nombres de marcas y nombres genéricos
de medicamentos)**

EPO: dose/ dose/ dosis _____ frequency/ fréquence / frecuencia _____

Antihypertensives/ Antihypertenseurs / Antihipertensivos: _____

Phosphate binders/ Liants de phosphate / Aglutinantes de fosfato: _____

Other/ Autre / Otro:

History and Physicals-Special Requirements/ Antécédents et besoins physiques spécifiques/
Requisitos especiales históricos y físicos:



EHIC card/ Carte EHIC / Tarjeta sanitaria europea:

- No/ Non/ No
 Yes/ Oui/ Sí

EHIC N°:/ N° EHIC :/ N.º TSE: _____

Other relevant information e.g medical insurance details/ Autres informations pertinentes, p. ex. les informations liées à l'assurance / Otra información relevante, p. ej., detalles del seguro médico:

Transplant List/ Sur liste d'attente pour une greffe / Lista de trasplantes:

since/ depuis / desde: _____ / _____ / _____

N.B. This form has to be filled in in every part, if not, receiving holiday nephrologist could deny the booking, being important information on the dialysis performed by travelling patient missing/ N.B. Ce formulaire doit être rempli en intégralité. Dans le cas contraire, le néphrologue peut refuser la réservation étant donné qu'il manque des informations importantes sur la dialyse réalisée par le patient en vacances/ N.B. Este formulario debe rellenarse entero, de lo contrario, el nefrólogo que le atiende durante las vacaciones puede negarse a la consulta, ya que faltaría información importante sobre la diálisis realizada en un paciente de viaje

**Doctor/ Sr. in charge/ Médecin traitant/
Doctor/Sr. al cargo**

Place, Date/ Lieu, date / Lugar, fecha

Signature/ Signature / Firma
