



Metz ,le

**RUE Saint ANDRÉ
57645 NOUILLY**

☎ 03.55.00.15.15 / Fax : 03.55.00.15.17

DOSSIER VACANCES

Séjour du _____ (1^{ère} séance)
au _____ (dernière séance)

Lieu

Nom : _____ Date de naissance _____

Prénom :

Adresse du lieu de séjour :

Téléphone _____

Modalités de traitement

UDM Auto dialyse Domicile

- ✓ Etiologie de l'insuffisance rénale :
- ✓ Date de prise en charge en hémodialyse :
- ✓ Biologie – Groupe Sanguin – Sérologies virales (*CF, BILANS ci-joints*).
- ✓ Problème médical particulier :

Transplantation

- ✓ INSCRIPTION SUR UNE LISTE TRANSPLANTATION :
- ✓ LIEU
- ✓ Signature Médicale