



Siège social : 73, rue des Navigateurs - CS 11018 - 97434 Saint-Gilles-les-bains
 Courriel : siege@aurar.fr
 Tél. : 02 62 45 76 10 - Fax : 02 62 45 68 88

Dialyse et Vacances à l'île de La Réunion ?



1

DEMANDE DE VACANCES

De :

Du / / **au** / /

En provenance du centre d'hémodialyse de :

Découvrez nos centres grâce à la visite virtuelle et l'espace Vacances dialyse sur notre site

www.aurar.fr



Cadre réservé
AURAR

-
-
-
-
-
-
-
-
-

PIÈCES À FOURNIR

- Notre dossier de renseignements dûment complété (ci-après)
- Attestation Sécurité Sociale à jour de l'ALD
- Pièce d'identité
- Sérologies (HIV, hépatites B, C) datant de moins de 6 mois
- Bilan biologique complet
- Carte de groupe sanguin
- Ordonnance du traitement personnel
- Dossier médical complet fourni par le centre signé par le néphrologue

A réception de ces pièces, et après décision du néphrologue, une réponse vous sera retournée dans les plus brefs délais.

Une confirmation vous sera adressée une semaine avant votre venue vous précisant le jour et l'heure de votre dialyse.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



Vacances

Adresse du lieu de vacances :

.....

Dates du séjour à cette adresse : du / / au / /

Numéro de téléphone du lieu de vacances si connu :

.....

Adresse du lieu de vacances :

.....

Dates du séjour à cette adresse : du / / au / /

Numéro de téléphone du lieu de vacances si connu :

.....

Adresse du lieu de vacances :

.....

Dates du séjour à cette adresse : du / / au / /

Numéro de téléphone du lieu de vacances si connu :

.....

Adresse du lieu de vacances :

.....

Dates du séjour à cette adresse : du / / au / /

Numéro de téléphone du lieu de vacances si connu :

.....



Renseignements de prise en charge

IDENTITE DU PATIENT

Nom : **Prénom :**

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Code postal : **Ville :**

Téléphone : / / / /

Mobile : / / / /

Adresse électronique :

INFORMATIONS DE PRISE EN CHARGE

Bénéficiaire : Assuré(e) Conjoint

Nom de l'assuré(e) :

Nom du bénéficiaire :

Date de naissance de l'assuré(e) si différente du bénéficiaire : / /

N° de Sécurité Sociale :

Nom et Adresse de l'organisme d'assurance maladie : :

.....

.....



Renseignements de prise en charge

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :

Téléphone : / / / /

Lien avec le patient :

CORRESPONDANTS MEDICAUX

Nom du Néphrologue : **Tél. :** / / / /

Nom du médecin traitant : **Tél. :** / / / /

COORDONNEES DU CENTRE DE DIALYSE HABITUEL

Centre :

Centre lourd UDM Autodialyse Dialyse péritonéale

Tél. : / / / / **Fax :** / / / /

Adresse :

.....

Code postal : **Ville :**

DIALYSE

Jours de dialyse souhaités : LMV MJS

Horaires souhaités : Matin Après-midi Soir

Autonomie : gestion générateur (marque du générateur)

ponction



Renseignements de prise en charge

ABORD VASCULAIRE

- Fistule artério-veineuse Droite Gauche Site :
- Aiguilles Cathlons Biponction Uniponction
- Cathéter Biponction Uniponction
- Cathéter de DP

GREFFE

Patient(e) inscrit(e) : OUI NON

Centre de transplantation :

COMMENTAIRE

.....

.....

.....

.....

.....

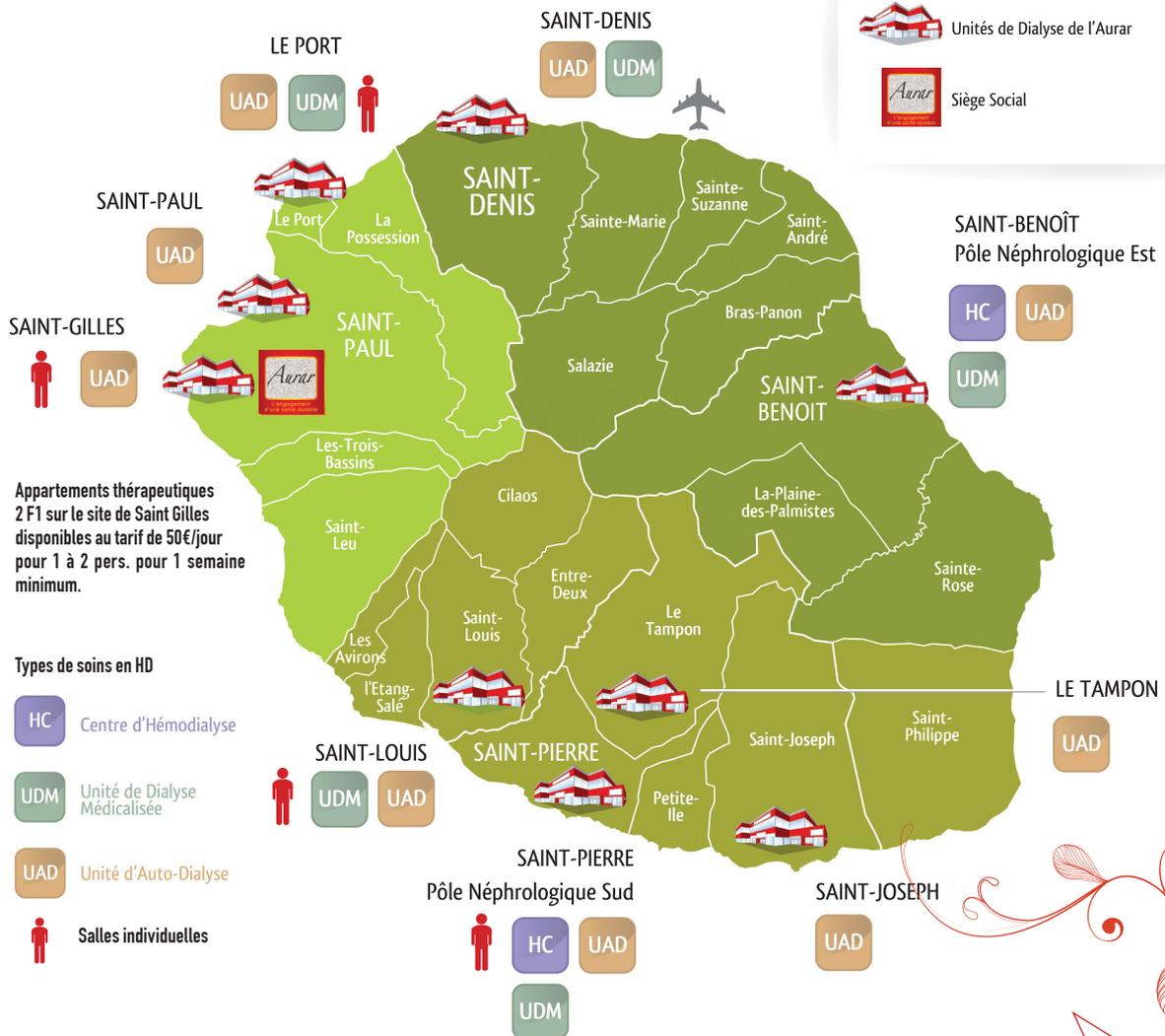
.....

Date : / /

Signature :



NOTRE OFFRE DE SOINS Sur l'île de la Réunion



Nous avons des accords avec le TAMA Hôtel*** et des prix négociés toute l'année. Retrouvez sur www.aurar-dialyse.fr nos partenaires référencés.

15 néphrologues à votre écoute avec l'accord de votre médecin référent.

Etablissement de santé privé certifié par la Haute Autorité de Santé, en octobre 2012 (V3) sans réserve ni recommandation.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site de l'association

www.aurar-dialyse.fr

