



HOLIDAY DIALYSIS REQUEST/ DEMANDE DE DIALYSE PENDANT LES VACANCES / RICHIESTA DI DIALISI VACANZA

(to be completed by doctor or dialysis unit staff/ (à compléter par le médecin ou le personnel de l'unité de dialyse) / (da far compilare al medico o allo staff dell'unità di dialisi)

Please fill in CAPITAL LETTERS/ LETTRES MAJUSCULES/ LETTERE MAIUSCOLE

PERSONAL DETAILS/ INFORMATIONS PERSONNELLES / DETTAGLI PERSONALI:

Title/ Titre / Titolo: _____

Mr./Mrs./Ms. _____ / M./Mme/Mlle. _____ / Sig./Sig.na/Sig.ra _____

Name/ Prénom / Nome: _____

Surname/ Nom de famille / Cognome: _____

Date of birth/ Date de naissance / Data di nascita: ____/____/____

Language/ Langue / Lingua: _____

Home or postal address/ Adresse du domicile ou adresse postale / Indirizzo di domicilio o residenza:

Tel.:/ Tél. ./ Tel.: _____

Contactable relative/ Proche à contacter/ Parente da contattare: _____

Relationship/ Relation/ Rapporto: _____

Tel.:/ Tél. ./ Tel.: _____

Arrival date on vacation/ Date d'arrivée sur le lieu de vacances/ Data di arrivo in vacanza:

Departure date/ Date de départ/ Data di partenza: _____

Preferred treatment dates & time/ Dates et heures de traitement souhaitées/ Date ed orari del trattamento preferito: _____

Any attending person with the patient?/ Y aura-t-il une personne présente avec le patient ?/

Qualcuno assisterà il paziente? _____

His/her language?/ Sa langue ?/ Che lingua parla? _____



Address while on vacation/ Adresse sur le lieu de vacances/ Indirizzo durante la vacanza:

**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/ *Si prega di allegare l'itinerario, se il paziente alloggerà in più di un luogo*

Reservation name or number (if hotel)/ Nom ou numéro de la réservation (si hébergement dans un hôtel)/ Nome o numero della prenotazione (nel caso di hotel):

Telephone number while on holiday/ Numéro de téléphone à contacter pendant les vacances/
Numero di telefono durante la vacanza: _____

**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 / *Si prega di compilare dettagliatamente, poiché tali informazioni sono particolarmente importanti qualora fosse necessario contattare il paziente durante la vacanza*



Name and address of your dialysis unit at home/ Nom et adresse de votre unité de dialyse chez vous/ Nome ed indirizzo dell'unità di dialisi d'origine:

Nephrologist/ Néphrologue/ Nefrologo: Dr. _____

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

Cause of renal failure/ Cause de la défaillance rénale/ Causa dell'insufficienza renale:

Other medical problems/ Autres problèmes médicaux/ Altre patologie mediche:

On dialysis treatment since/ Sous traitement de dialyse depuis/ In trattamento di dialisi dal: _____ / _____ / _____

BLOOD TEST-SEROLOGY/ ANALYSE DE SANG (SÉROLOGIE)/ SIEROLOGIA:

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

Hepatitis B (HBSAb): Neg./Pos./ Hépatite B (HBSAb) : nég./pos. / Epatite B (HBSAg):
Neg./Pos _____ on/ on / del _____ / _____ / _____

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

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

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

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



MRSA Swabs :/ Prélèvements MRSA :/ Tampone MRSA:

Nose: Neg./Pos./ Nez : nég./pos. / Nasale: Neg./Pos. _____ on/ on / del __ /__ / ___-
Groin : Neg./Pos./ Aine : nég./pos. / Inguinale: Neg./Pos. _____ on/ on /del __ /__ / ___-
Throat: Neg./Pos. / Gorge : nég./pos. / Faringeo: Neg./Pos. _____ on/ on /del __ /__ / ___-
Any wounds: Neg./Pos./ N'importe quelle plaie : nég./pos./ Eventuali ferite: Neg./Pos. _____
on/ on /del __ /__ / ___-

Hb: g/dl/ Hb : g/dl / Emoglobina: g/dl _____ on/ on /del _____ / _____ / _____

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

K: mEq/L / K : mEq/L : / K: mEq/l: _____ on/ on /del _____ / _____ / _____

Calcemia: mgs/dL:/ Calcémie : mgs/dL :/ Calcemia: mg/dl: _____
on/ on /del _____ / _____ / _____

Fosfatemia: mgs/dL:/ Phosphate : mgs/dL :/ Fosfatemia: mg/dl: _____
on/ on /del _____ / _____ / _____

ALT: UI /ALT : UI/ALT: UI _____ on/ on /del _____ / _____ / _____

AST: UI /AST : UI/AST: UI _____ on/ on /del _____ / _____ / _____

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. / Si prega di allegare copie degli ultimi risultati di laboratorio dell'epatite B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, HIV e analisi del sangue per il MRSA.

Known allergies/ Allergies connues / Allergie note:



DIALYSIS DETAILS/ INFORMATIONS SUR LA DIALYSE / DETTAGLI DELLA DIALISI

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

Dialysis duration/ Durée de la dialyse / Durata della dialisi: _____ hours/ heures / ore

Frequency/ Fréquence / Frequenza: _____ / week / semaine / settimana

Access type/ Type d'accès / Tipo di accesso:

1) AV fistula /Graft/ AV fistule / greffe / Fistola AV /Protesi vascolare _____
Left/ Gauche / A sinistra _____ Right/ Droite / A destra _____
Needle size/ Taille de l'aiguille / Dimensione dell'ago: _____ gauge/
instrument de mesure / diametro

2) Permanent catheter/ Cathéter permanent / Catetere permanente: _____
Heparin lock volume/ Réglage du volume d'héparine / Volume dell'accesso venoso
eparinizzato A _____ ml V _____ ml

Dialyser/ Dialyseur / Dializzatore: _____

Dialysate flow/ Débit de dialysat / Flusso di dialisato: _____

Dialysate/ Dialysat / Dialisato: K_____ Ca_____ Na_____

Low molecular weight heparin/ Héparine de bas poids moléculaire / Eparina a basso peso
molecolare:

Generic name/ Nom générique / Nome generico: _____

dose: _____

Or/ Ou / Oppure

Sodium heparin/ Héparine sodium / Eparina di sodio:

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

Hourly/ Toutes les heures / All'ora: _____ u /

Continuously/ En continu / Continuamente _____ u/hour/ heure / ora

Blood flow/ Débit sanguin / Flusso ematico: _____ ml/min

Average intake on dialysis/ Apport moyen lors de la dialyse / Assunzione media in dialisi:
_____ ml

Height/ Taille / Altezza:_____ mt Weight/ Poids / Peso:_____ kg

Dry weight/ Poids sec / Peso secco: _____ kg

Avg interdialytic gain/ Gain de poids moyen entre les dialyses / Aumento di peso
interdialitico: _____ kg

Blood Pressure/ Pression sanguine / Pressione arteriosa: pre/ avant / pre _____/
post/ après / post _____/_____



DIALYSIS PROBLEMS/ PROBLÈMES LORS DE LA DIALYSE / PROBLEMI DURANTE LA DIALISI:

Hypotension/ Hypotension / Ipotensione _____ Cramps/ Crampes / Crampi
_____ Other/ Autre / Altro _____

Last results for dialysis adequacy/ Derniers résultats quant à l'adéquation de la dialyse /
Ultimi risultati dell'adeguatezza della dialisi:

Kt/V _____ or/ ou / o URR _____
Date/ Date / Data: _____/_____/_____

Current medication/ Médicaments actuels / Medicinali assunti attualmente:(please include brand names and generic names of drugs/ (veuillez indiquer les noms des marques et des génériques des médicaments)/ (si prega di indicare i nomi dei marchi e generici dei farmaci)

EPO: dose _____ frequency/ fréquence / frequenza _____

Antihypertensives/ Antihypertenseurs / Antipertensivi: _____

Phosphate binders/ Liants de phosphate / Farmaci leganti del fosfato: _____

Other/ Autre / Altro:

History and Physicals-Special Requirements/ Antécédents et besoins physiques spécifiques/
Anamnesi e requisiti fisici speciali:



EHIC card/ Carte EHIC / Tessera EHIC:

- No/ Non/ No
 Yes/ Oui/ Sì

EHIC N°:/ N° EHIC :/ N° della tessera EHIC: _____

Other relevant information e.g medical insurance details/ Autres informations pertinentes, p. ex. les informations liées à l'assurance / Altre informazioni rilevanti, ad esempio dettagli dell'assicurazione sanitaria:

Transplant List/ Sur liste d'attente pour une greffe / Lista di trapianto:

since/ depuis / dal: _____/_____/_____

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. Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti, in caso contrario il nefrologo curante durante la vacanza potrebbe negare la prenotazione, poiché sono assenti informazioni importanti sulla dialisi svolta dal paziente in viaggio

**Doctor/ Sr. in charge/ Médecin traitant/
Medico / Persona responsable**

Place, Date/ Lieu, date / Luogo, Data

Signature/ Signature / Firma
