

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR FISTULE ARTERIO-VEINEUSE

Concerne:

Médecin prescripteur :

Médecin responsable du suivi :

Diagnostic principal :

Autres diagnostics :

.....

Allergies :

Médication en cours :

-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

☐ Anticoagulation :

☐ Anti-agrégant plaquettaire :

Indication d'implantation :

☐ Dialyse en urgence le ☐ Dialyse prévue en :

☐ Dialyse chronique le ☐ lu/me/ve ☐ ma/je/sa ☐ matin ☐ après-midi

Bilan angiologique du(joindre à la demande):

☐ Antécédents FAV/prothèse/permcath :

☐ Accès actuel :

☐ Particularités :

Risques infectieux :

☐ MRSA

☐ Autre.....

Bilan sanguin, date :

HB.....g/L HT.....% Plaquettes.....G/L

Quick.....% PTT.....sec. Albumine.....g/L

Nouveau bilan sanguin prévu le : Lieu :

Remarques :

.....

Nom + Tél./bip du néphrologue :

Date : **Signature :**

