

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone fixe \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Code d'exonération du ticket modérateur \_\_\_\_\_

**DONNÉES RELATIVES AU CENTRE D'APPARTENANCE**

En dialyse depuis \_\_\_\_\_ Auprès du centre de \_\_\_\_\_

Tél. du centre \_\_\_\_\_ Fax du centre \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Médecin référent \_\_\_\_\_

E-mail du médecin \_\_\_\_\_

Période demandée : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Service demandé : Impair  Pair  Matin  Après-midi

Coordonnées durant les vacances \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Personne à contacter durant les vacances \_\_\_\_\_

Apte au traitement en CAD Oui  Non

Signature et cachet du médecin \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMÉ AU TRAITEMENT  
DE SUBSTITUTION D'HEMODIALYSE  
AUPRÈS D'UN CENTRE D'ASSISTANCE DÉCENTRALISÉ**

Je soussigné(e)

---

Déclare avoir été informé par \_\_\_\_\_

d'une façon compréhensible et de ce fait, j' accepte de suivre les séances d'hémodialyse  
auprès d'un Centre de dialyse à Assistance Décentralisé de

---

Je confirme avoir reçu des réponses complètes à toutes mes questions

Date \_\_\_\_\_

Signature du patient, parent ou représentant légal \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

---

## FICHE DE DIALYSE / SCHEDA DIALITICA

Monsieur/Madame \_\_\_\_\_ né(e) à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 //La Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

atteint d'Insuffisance Rénale Chronique secondaire à \_\_\_\_\_  
 affetto/a da Insufficienza Renale Cronica secondaria a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ effectue un traitement d'hémodialyse périodique depuis \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, *effettua trattamento emodialitico periodico dal* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, auprès de notre Centre depuis \_\_\_\_\_ avec la fréquence de \_\_\_\_\_ fois par semaine  
 \_\_\_\_\_, *presso il nostro Centro dal* \_\_\_\_\_ *con frequenza* \_\_\_\_\_ *settimanale,*

Pour un total de \_\_\_\_\_ heures par semaine.  
*per complessive ore* \_\_\_\_\_ *settimanali.*

Type de traitement : \_\_\_\_\_ TOUR DIALYSE : \_\_\_\_\_  
*Tipo di trattamento:* \_\_\_\_\_ *TURNO DIALISI:* \_\_\_\_\_

Composition du liquide de dialyse :

*Composizione del liquido di dialisi:*  
 HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ mmoi/L Na<sup>+</sup> \_\_\_\_\_ mmoi/L K<sup>+</sup> \_\_\_\_\_ mEq/L Ca<sup>++</sup> \_\_\_\_\_ mmoi/L

Flux sanguin : \_\_\_\_\_ mi/min Flux liquide de dialyse : \_\_\_\_\_ ml/min  
*Flusso ematico:* \_\_\_\_\_ *Flusso liquido di dialisi:* \_\_\_\_\_

Filtre : \_\_\_\_\_  
*Filtro:* \_\_\_\_\_

Anticoagulant :  Aucun  
*Anticoagulazione:*  *Nessuna*  
 Héparine sodique  
 *Eparina sodica*

- continu : \_\_\_\_\_ UI/h  
 - *continua:* \_\_\_\_\_

- intermittent : initial \_\_\_\_\_ UI  
 - *intermittente: iniziale* \_\_\_\_\_

- après 2 heures \_\_\_\_\_ UI  
 - *dopo 2 h* \_\_\_\_\_

HBPM \_\_\_\_\_ mi  
*EBPM* - *iniziale:* \_\_\_\_\_

Accès vasculaire :  FAVI  droite  gauche  double aiguille  mono-aiguille Aiguille \_\_\_\_\_ G  
*Accesso vascolare:*  *dx*  *sn*  *doppio ago*  *monoago* *Ago* \_\_\_\_\_

FAVI  droite  gauche  double aiguille  mono-aiguille Aiguille \_\_\_\_\_ G  
 prothétique *dx* *sn* *doppio ago* *monoago* *Ago* \_\_\_\_\_  
*FAVI protesica*

CVC  jugulaire  droite  gauche  Double chenall  monochenall  
*giugulare* *dx* *sn* *doppio lume* *monoluma*  
 fémoral  droite  gauche  Double chenall  monochenall  
*femorale* *dx* *sn* *doppio lume* *monoluma*

Poids de forme : \_\_\_\_\_ Kg Augmentation moyenne interdialytique \_\_\_\_\_ g  
*Peso Forma:* \_\_\_\_\_ *Incremento medio interdialitico* \_\_\_\_\_

PA pre-HD : \_\_\_\_\_ PA pre-HD : \_\_\_\_\_

## FICHE DE DIALYSE / SCHEDA DIALITICA

Problème clinique durant le traitement d'hémodialyse :

*Problemi clinici durante il trattamento emodialitico:* \_\_\_\_\_

Thérapie pharmacologique administré en dialyse :

*Terapia farmacologica somministrata in dialisi:* \_\_\_\_\_

Thérapie pharmacologique à domicile :

*Terapia farmacologica domiciliare:* \_\_\_\_\_

Problème clinique particulier :

*Problemi clinici particolari:* \_\_\_\_\_

Allergie et/ou intolérance :

*Allergie e /o intolleranze:* \_\_\_\_\_

Dernier examen biochimique fait le :

*Ultimi esami emotochimici eseguiti il* \_\_\_\_\_

Emogroupe <i>Emogruppo</i>	Rh	G6PDH	HBsAg	HBsAb	HCVAb	H1V1-2Ab
BUN _____ mg/dl	sCr _____ mg/dl	K* _____ mEq/L	Na <sup>+</sup> _____ mEq/L.	Ca _____ mg/dl	P _____ mg/dl	
Hb _____ g/dl		Hct _____ %	pH _____	Hco3 _____ mmoi/L	EB _____ mmoi/L	

Quartu Sant'Elena le, \_\_\_\_\_

Cordiales salutations  
*Cordiali saluti*

## DOCUMENTATION DEMANDÉE

1. **Certificat d'état clinique** pendant la séance d'hémodialyse
2. **Fiche de dialyse** comprenant tous les paramètres relatifs au traitement de dialyse effectué auprès du centre d'appartenance, thérapie reçu en dialyse et à domicile.
3. **Synthèse clinique** comprenant la pathologie rénale de base et des événements marquants qui ont caractérisé l'antécédent pathologique.
4. **Signalisation d'éventuelles allergies et/ou intolérance** aux médicaments ou accessoires de dialyse (type membrane, méthode de stérilisation, plastifiant, additifs, etc)
5. **Rapport d'évaluation cardiologique complet** ECG et échocardiogramme effectué moins de 6 mois avant la date d'admission prévue.
6. **Rapport de marqueurs viraux** HBV, HCV, HIV dont l'analyse doit être effectuée 3 mois avant la date d'admission prévue.
7. **Correction appropriée de l'anémie** : valeur de Hb supérieur à 10gr/dl avec examen effectué au moins 2 semaines avant le début du séjour.
8. **Certificat d'accès vasculaire** qui garantie un flux sanguin pour une bonne adéquation de dialyse et qui ne présente aucun signe d'infection pendant le traitement.
9. **Radiographie thoracique récente.**
10. **Photocopie de la carte d'assuré social (ou Carte Européenne pour les citoyens provenant d'un des États membre de l'Union Européenne avec le code de dérogation pour insuffisance rénale).**
11. **Photocopie d'une pièce d'identité.**
12. **Ordonnance** pour la demande du numéro des traitements programmés en spécifiant la méthode souhaitée et le code de nomenclature sanitaire (023).

**Comment obtenir l'ordonnance ?** Les citoyens non italiens pourront se faire délivrer les ordonnances auprès des urgences ou d'un médecin généraliste pourvu d'être muni du code de dérogation du ticket modérateur.

**Quel est le coût ?** (si dépourvu du code de dérogation du ticket modérateur) le coût du ticket pour 7 séances + 1 préparation du plan de dialyse est de 46,15€. pour effectuer des séances supplémentaire il faut payer 46,15€ (chaque ordonnance qui peut contenir de 1 à 8 traitements d'hémodialyses dans le mois courant)

## AUTORISATION AU CONSENTEMENT SUR LA CONFIDENTIALITÉ

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ en qualité d'intéressé(e)

\_\_\_\_\_ de Monsieur/de Madame \_\_\_\_\_

Ayant reçu les informations du titulaire du traitement ( lecture ayant été faite) conformément à l'art. 13 du D. Lgs. 196/2003, donne son consentement au traitement des données personnelles pour les finalités indiquées dans la lettre d'information susmentionnée.

Signature Lisible \_\_\_\_\_

## Information sur le traitement des données personnelles et sensibles conformément à l'art.13 du Décret Législatif 196/03

Madame/Monsieur, nous souhaitons vous informer que le D.lgs n. 196 du 30 juin 2003 ("Code en matière de protection des données personnelles") prévoit la protection des personnes et d'autres sujets concernant le traitement des données personnelles. D'après la réglementation indiquée, tel traitement sera caractérisé par les principes d'exactitude, légitimité, transparence et de la protection de votre confidentialité et de vos droits.

Conformément à l'art. 13 du D.lgs n. 196/2003, nous vous fournissons les informations suivantes :

1. Les données personnelles et sensibles que vous avez transmises seront traitées dans la limite de l'Autorisation générale du garant, à des fins de diagnostic et de soins en relation avec la demande de prestation de santé que vous avez demandé.
2. Vos données personnelles (informations sur l'Etat Civil, données cliniques ou sensibles, donc permettant de relever votre état de santé) seront traitées dans le cadre de la normale activité de la Maison de Repos avec les finalités suivantes : - Les données personnelles (Etat Civil, adresse et code d'identification fiscal) pour les démarches à caractère administratif prévues par la loi, règlements, directives régionales ou de l' ASL (Établissement de Santé Local) et analogues. - Les données cliniques ou sensibles ayant pour finalité: diagnostic et ambulatoire ou hospitalisation pour les soins de votre état de santé et pour la protection de votre intégrité physique.
3. Les données relatives aux membres de la famille pourront être traitées à des fins médicales, notamment pour vérifier la compatibilité de pathologie spécifiques ou en cas de traitements médicaux particuliers (par ex. don de sang)
4. Dans le cas de dispositions de loi spécifiques, les données rendues préventivement anonymes pourront être traitées à des fins statistiques et de recherche scientifique.
5. La Maison de Repos dispose de la modalité simplifiée prévue par l'art. 77 comma 2 et par l'art. 79 du D.Lgs.n.196.
6. Le traitement des données sera effectué par des personnes spécialement chargées avec ou sans l'aide d'instruments automatisés, informatiques, électroniques et toutefois avec le moyen le plus approprié pour garantir la sécurité des données dans le respect de ce qui est prévu par le Décret Législatif n.196/2003.
7. L'enregistrement et le stockage des données pourra se faire soit sous forme automatisée, soit sous format papier et toutefois à travers le support d'instruments et de procédures spécifiques, ceci permettant de réduire au minimum les risques de destruction ou de perte même accidentelle des données, ou d'accès non autorisé ou encore de traitement non consenti ou non conforme aux finalités de collecte mentionnée ci-dessus.
8. La fourniture des données en dehors des cas prévus par la réglementation en vigueur n'est pas obligatoire. Toutefois le refus de fournir les données que nous retiendrons fondamentales (état civil, adresse, code d'identification fiscal et données médicales) pourrait nous rendre dans l'impossibilité de vous fournir l'assistance demandée et notamment vous priver de la possibilité de bénéficier de certains services ou bénéfices (par ex. exonération de la participation aux dépenses pour revenu insuffisant ou pour pathologie).
9. Sous réserve d'un consentement explicite (toujours facultatif) à fournir conformément à l'Art. 130 du D.lgs : n. 196 du 30 juin 2003. Vos données personnelles (exception faite pour celles de nature sensible) pourraient être utilisées à des fins promotionnelles de nouveaux services, commerciaux, marketing et de recherche/satisfaction de marché à travers l'envoi d'e-mails, sms, mms, courrier papier ou contrat téléphonique par l'intermédiaire d'un opérateur. Le droit d'opposition de l'intéressé au traitement des propres données personnelles ayant comme finalité le "marketing direct" à travers des procédures automatisées de contact, s'étend à celle traditionnelles et même dans ce cas, l'utilisateur garde en partie la possibilité d'exercer tel droit, tels que prévu par l'art. 7, comma 4, du code. L'intéressé a toujours la possibilité de manifester l'éventuelle volonté de recevoir les communications susmentionnées exclusivement par le biais de modalités de contact traditionnelles lorsqu'elles sont prévues.
10. Vos données pourront être communiquées aux suivantes catégories :
  - Etablissement hospitalier et Région, à qui doivent être envoyé des comptes-rendus périodiques de l'activité, permettant aussi d'éventuels contrôles et vérification sur l'activité exercée ;
  - Autorité de santé qui le demande conformément à la loi ;
  - Autorités publiques auxquelles ont été accordées par disposition légale, la faculté d'accéder aux données ;
  - Etablissements externes qui pourraient fournir des services et consultations à caractère sanitaire ;
  - Compagnies d'assurance avec lesquelles la Maison de Repos a souscrit une police d'assurance pour la protection des risques ;
  - Organismes, caisses ou instituts de protection sociale, compagnie d'assurance etc, qui conformément aux rapports contractuels, assument à sa propre charge la compétence passive des honoraires pour les prestations reçues .
11. Les informations relatives à votre état de santé vous seront communiqués directement par des médecins de cette structure, mais aussi par votre médecin de famille ou par tout autre personne que vous aurez désigné par délégation écrite.
12. La remise des dossiers ou de la documentation clinique vous sera remise directement sous enveloppe scellée par des opérateurs de cette Maison de Repos expressément mandatés, mais ils pourront aussi être remis à un membre de la famille ou un conjoint à condition que vous ayez expressément donner votre consentement par délégation écrite.
13. le titulaire du traitement est la Société **KINETIKA SARDEGNA S.r.l.**
14. Le responsable du traitement est l'administrateur délégué par intérim, **Doct. Giliola Avisani**
15. A tout moment vous pourrez exercer vos droits à l'encontre du titulaire du traitement conformément à l'art. 7 du D.lgs. 196/2003 (dont nous indiquons les coordonnées complètes) en écrivant à KINETIKA SARDEGNA S.r.l, Direction Administrative , Viale Marconi, 160 – 09045 Quartu Sant'Elena ou en envoyant un e-mail à l'adresse électronique suivante : [privacy@kinetikasardegna.it](mailto:privacy@kinetikasardegna.it).

**Décret Législatif n.196/2003 Art.7 – Droit d'accès aux données personnelles et autres droits**

**L'art. 7 du D.lgs. 196/03 confère à chaque intéressé plusieurs droits spécifiques qui peuvent être aussi exercé par l'intermédiaire d'un chargé par délégation écrite par l'intéressé et en outre en cas de décès de ce dernier pour qui a un propre intérêt ou agit à tutelle de l'intéressé ou pour des raisons familiales digne de protection.**

1. L'intéressé a le droit d'obtenir la confirmation de l'existence ou non de données personnelles le concernant même si elles ne sont pas encore enregistrées ni même communiqué sous forme intelligible.

2. L'intéressé a le droit d'obtenir l'indication : a) de l'origine des données personnelles ; b) de la finalité et de la modalité du traitement ; c) de la logique appliquée en cas de traitement effectué par l'intermédiaire d'instruments électroniques ; d) des coordonnées identifier par le titulaire, des responsables et du représentant désigné conformément à l'art.5 coma 2 ; e) des sujets ou des catégories de sujets auxquels les données personnelles peuvent être communiqué ou qui peuvent en prendre connaissance en qualité de représentant désigné sur le territoire national, de responsable ou de mandataire.

3. L'intéressé a le droit d'obtenir : a) la mise à jour, la rectification ou dans son intérêt l'intégration des données ; b) la suppression, la transformation sous forme anonyme ou au verrouillage des données traitées en violation de la loi y compris ceux dont la conservation n'est pas nécessaire en relation pour laquelle les données ont été récoltées ou successivement traitées. c) l'attestation que les opérations dont les lettres a) et b) ont été porté à connaissance même en ce qui concerne leur contenu, à tous ceux dont les données ont été communiqué ou diffusé, excepté au cas ou un tel accomplissement se révèle impossible ou comporte un usage de moyen manifestement disproportionné par rapport au droit garanti.

4. L'intéressé a le droit de s'opposer pour tout ou en partie ; a) pour motif légitime au traitement des données personnelles qui le concerne, bien que pertinentes pour la collecte ; b) au traitement des données personnelles qui le concerne ayant pour finalité l'envoi de matériel publicitaire ou de vente directe ou encore pour l'accomplissement de recherche de marché ou de communication commerciale.

**Quartu Sant'Elena 01.09.2014**

**Le titulaire du traitement – Kinetika Sardegna S.r.l.**

---

*( signature manuscrite de l'administrateur délégué )*