



## ACCORD DU PATIENT POUR TRAITEMENT EN AUTODIALYSE ASSISTEE

Je soussigné(e).....

Né(e) le .....à .....

Atteint(e) d'insuffisance rénale chronique, déclare :

1) vouloir suivre ce traitement au Centre Aquitain pour le Développement de la Dialyse à Domicile (C.A.3.D.) :

A l'antenne d'autodialyse de :

.....  
.....

Ou si nécessaire, dans une autre antenne d'autodialyse du C.A.3.D. ou à l'hôpital privé St MARTIN de PESSAC

2) m'engager à respecter strictement les règles de mon traitement, telles qu'elles me sont prescrites par le néphrologue (fréquence et durée des séances de dialyse). Toute dérogation devra faire l'objet d'une demande auprès du néphrologue.

A compter du : .....

(Date de la 1<sup>ère</sup> séance)

Fait à .....,

Le .....

Signature, précédée par la mention  
« *Lu et approuvé* »