



AUTORISATION MEDICALE DE PRISE EN CHARGE EN AUTODIALYSE ASSISTEE

Je soussigné(e) Dr....., certifie que :
Madame, Mademoiselle, Monsieur :.....Prénom :
Né(e) le
Dialysé(e) habituellement à (nom et adresse du centre d'origine) :
.....
.....

- Doit obligatoirement être dialysé en centre médicalisé :
OUI NON
- Peut être traité(e) en antenne d'autodialyse sans présence médicale continue :
OUI NON

Fait à
Le
Cachet et signature du néphrologue

Dans nos antennes, les dialyses sont sur la surveillance d'un IDE sans présence médicale ; un médecin effectue au moins une visite mensuelle