



## 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