**République Tunisienne**

**\*\_\_\_\_\*\_\_\_\_\*\_\_\_\_\_\***

**Ministère de la Santé**

**\*\_\_\_\_\*\_\_\_\_\*\_\_\_\_\_\***

**Direction de la Réglementation**

**Et du Contrôle des Professions de Santé**

**RAPPORT D'ACTIVITE MEDICALE**

**DES CENTRES D'HEMODIALYSE**

**deuxième/ Semestre ; Année /2021/**

**I – CARACTERISTIQUES DU CENTRE**

**1 – Coordonnées**

**Dénomination:**

**Autorisation délivrée le : /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ /**

**Au Nom de : ...........................................................................................................**

**Adresse...............................................................**

**Délégation :: /\_\_\_2100\_\_\_\_\_\_\_/**

**Tél /76\_\_\_/\_\_225\_\_\_\_/\_\_177\_\_\_\_/**

**E-mail : .................................................................. Fax: /\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/**

**Nom du Médecin Contrôleur :**

**E-mail (du médecin contrôleur) :**

**II – RESSOURCES HUMAINES**

**1 – Personnel Médical**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Prénoms**  **du Médecin Responsable** | **N° du Conseil**  **National de l’Ordre**  **des Médecins (CNOM)** | **Date du Visa du Ministère de la Santé Publique** |
|  |  | **\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_/** |
| **Nom et Prénoms**  **des Médecins Dialyseurs** | **N° du (CNOM)** | **Date du Visa du Ministère de la Santé** |
|  |  | **\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_/** |
|  |  | **\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_/** |
|  |  | **\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_/** |
|  |  | **\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_/** |
|  |  | **\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_/** |

**2– Personnel Paramédical**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénoms** | **N°**  **C.I.N.** | **Qualification** | **Date du Visa du Ministère de la Santé Publique** |
|  |  | **Infermier majeur** | **/\_13\_/\_\_09\_/\_1993\_\_\_\_\_/** |
|  |  | **infermier** | **/\_19\_/\_\_03\_/\_1983\_\_\_\_\_/** |
|  |  | **Infermier premier** | **/\_17\_/\_03\_\_/\_1999\_\_\_\_\_/** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3 – Personnel Administratif  : Nbre : 0 4 – Personnel Ouvrier :**

**5 – Personnel Technique de Maintenance ou Contrat de Maintenance**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénoms** | **N°**  **C.I.N.** | **Qualification** | **Date du Visa du Ministère de la Santé Publique** | |
|  |  |  | **/\_\_/10\_\_\_/\_\_\_1993\_\_\_/** | |
|  |  |  | **/\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/** | |
| **Si Contrat de Maintenance**  **Dénomination de la Société et son Adresse** | | **Téléphone**  **et Fax** | **Date de Signature du Contrat** | **Durée** |
|  | | **Tél:71235522 Tél:71568925** | **01/07/2009 01/01/2003** | **Renouve- lables** |

**III – EQUIPEMENTS**

**1 – Machines d’Hémodialyse**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Marques** | **Etat des Machines** | | | | **Nombre d’Heure de Fonctionnement (\*)** |
| **Fonctionnelles** | **De Reserve** | **Réformées** | **Total** |
| **Gmbro AK96** | **03** | **00** | **00** | **03** | **De 4058 à 4658** |
| **Fresinus 4008 B et 4008 S** | **08** | **00** | **00** | **08** | **De10260 à 25379** |
| **Gambro AK 98** | **05** | **00** | **00** | **05** | **De 1475 à 1824** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL =** | **16** | **00** | **00** | **16** |  |
|  | **TOTAL GENERAL** | | | **16** |  |

**(\*) : Les machines fonctionnelles seulement**

**2 – Filtres et Membranes Utilisés :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de Filtre** | **Type de Membrane** | **Type de Stérilisation** | | |
| **Vapeur d’eau** | **Rayons Gamma** | **Oxyde Ethylène** |
| **FRESENIUS** |  | **\*** |  |  |
| **GAMBRO** |  | **\*** |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**IV – ACTIVITE :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre** |
| **Effectif des Patients au Début du Semestre** | **70** |
| **Effectif des Patients à la Fin du Semestre** | **69** |
| **Nombre des Nouveaux Patients (Cas Incidents \*\*) au cours du Semestre** | **22** |

**(\*\*) : Ne concerne que les malades dialysés pour la première fois de leur vie au sein de votre unité**

**ou centre et pas les malades qui ont débuté leur 1ère dialyse ailleurs.**

**1 – Répartition des Patients Par Couverture Sociale, Tranche d’âges et Genre**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Féminin** | **Masculin** | **Total** |
| **Couverture Sociale** | **CNAM** | **00** | **01** | **01** |
| **Indigents** | **31** | **37** | **68** |
| **Défense Nationale** | **00** | **00** | **00** |
| **Payants** | **00** | **00** | **00** |
| **Autres (à préciser)** | **00** | **00** | **00** |
|  | **TOTAL** | **31** | **38** | **69** |
|  |  | **Féminin** | **Masculin** | **Total** |
| **Tranche d’âges** | **1 – 14** | **01** | **00** | **01** |
| **15 – 29** | **2** | **5** | **07** |
| **30 – 44** | **12** | **10** | **22** |
| **45 – 59** | **11** | **08** | **19** |
| **60 – 74** | **10** | **07** | **17** |
| **75 – 89** | **02** | **01** | **03** |
| **90 et +** | **0** | **0** | **0** |
|  | **TOTAL** | **38** | **31** | **69** |

**2 – Répartition des Patients Par Méthodes de Dialyse :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nombre** | **Répartition des Nouveaux Patients de ce Semestre (Les Cas Incidents \*\*)** |
|  | **Hémodialyse** | **69** |  |
|  | **Bicarbonate** | **69** |  |
|  | **Erythropoiétine** | **21** |  |
| **DIALYSE PERITONEALE** | **D.P.C.A.** | **00** |  |
| **D.P.A.** | **00** |  |
|  | **Hémodiafiltration** | **00** |  |
|  | **Bio filtration 84 %** | **00** |  |
|  | **Total** | **69** |  |

**3 – Répartition des Etrangers Passagers dans votre Centre :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nationalité** | **Nombre de Séances de Dialyse par Genre et Méthode de Dialyse** | | | |
| **Féminin** | | **Masculin** | |
| **Hémodialyse** | **Dialyse Péritonéale** | **Hémodialyse** | **Dialyse Péritonéale** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL =** | **00** | **0** | **01** | **0** |

**4 – Fréquence des Séances de Dialyse Par Patient :**

* **Les Séances Hebdomadaires :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Une**  **Séance** | **Deux**  **Séances** | **Trois**  **Séances** | **Plus que**  **3 Séances** | **Durée Moyenne**  **de la Séance** |
| **07** | **46** | **16** | **00** | **/\_04\_\_\_/ h /\_\_\_\_/** |

* **Nombre  Total des Séancese Dialyse au cours du semestre3808**

**(en ajoutant les séances supplémentaires réalisées) : / dont 75 en urgence\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**5 – Autres Particularités Notifiées Chez les patients  Au Cours du Semestre:**

* **Nombre de Patients ayant eu une Reprise de la Fonction Rénale : /\_0\_\_\_/**
* **Nombre de Patients ayant Gardé une Activité Professionnelle  :**

**Chez les Hommes : /07\_\_\_/ et Chez les Femmes : /\_01\_\_\_/**

* **Nombre de Patients ayant Arrêté la Dialyse :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | |
| **Féminin** | **Masculin** |
|  | **0** | **0** |
| **Les Motifs d’Arrêt** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6 – Les Transferts :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **C.H.U.** | **Hôpital Régional** | **Hôpital Militaire** | **Centres de la CNSS** | **Centres Privés** | **TOTAL** |
| **Nombre de Patients Provenant de** | **Temporairement** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** |
| **Définitivement** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** |
| **Nombre de Patients Dirigés vers** | **Temporairement** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** |
| **Définitivement** | **00** | **00** | **00** | **00** | **29** | **29** |

**V – ACTIVITE  DE TRANSPLANTATION ET DE PREPARATION A LA GREFFE :**

* **Transplantation Rénale**

**Nombre de Patients de Votre Centre Transplantés au Cours du Semestre : /0\_\_/**

**Nombre Total des Patients de Votre Centre Transplantés depuis son Ouverture :**

**/17**

* **Bilans en Vue de Transplantation**

**Nombre de Nouveaux Bilans Réalisés au Cours du Semestre : /0\_2\_/**

**Nombre Total des Patients du Centre ayant un Donneur Vivant**

**et un bilan de Transplantation en Cours  : /\_0\_4\_\_/**

**ou un bilan de Transplantation abouti   : /01\_\_\_/**

**Nombre Total des Patients Inscrits au CNPTO   : /05\_\_\_\_/**

**VI – LES MALADIES TRANSMISSIBLES :**

**1 – Répartition des Maladies Transmissibles  et leur Mode de Transmission:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre Total des Nouveaux Cas Positifs**  **au Cours du Semestre** | | | | | **Nombre Total des Cas Positifs** | |
| **la Maladie Transmissible** | **Chez les Patients Positifs**  **(mode de Transmission)** | | | **Personnel**  **(mode de Transmission)** | | **Patients** | **Personnel** |
| **Nosocomiale** | | **Découverte avant la Dialyse** | **Nosocomiale** | **Avant le Recrutement** |
| **Dans votre Centre** | **Avant le Transfert** |
| **Hépatite B** | **00** | **00** | **04** | **00** | **00** | **04** | **00** |
| **Hépatite C** | **00** | **00** | **05** | **00** | **00** | **05** | **00** |
| **HIV (SIDA)** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** | **00** |

**2 – L’Immunisation Spontanée ou Après Vaccination à l’Hépatite B:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **Nombre** |
| **Immunisation Spontanée** | **Patients** | **00** |
| **Personnel** | **01** |
| **Vaccination Accomplie au Cours du Semestre** | **Patients** | **00** |
| **Personnel** | **00** |
| **Vaccination**  **en Cours** | **Patients** | **00** |
| **Personnel** | **00** |
| **Immunisation après vaccination** | **Patients** | **12** |
| **Personnel** | **00** |
| **Les**  **Non Répondants** | **Patients** | **00** |
| **Personnel** | **00** |

**VII – MORBIDITE ET MORTALITE :**

**1 – Les Causes de Complication (\*\*\*) Chez Vos Patients :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de Complication** | **Traitement**  **(ou Action Effectuée)** | **Evolution** |
|  |  |  |
| **Infections broncho-pulmonaires et ORL.** | **Traitement médical** | **Bonne** |
| **Infection urinaire** | **Traitement médical** | **bonne** |
|  | **l** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2 – Les Causes de Décès et leur répartition par Genre et Tranche d’Ages :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Les Causes**  **de Décès**  **(Code EDTA)** | **1 - 14** | | **15 - 29** | | **30 - 44** | | **45 - 59** | | **60 - 74** | | **75 – 89** | | **90 et +** | | **Total** |
| **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** |
| **Cachexie (64)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indéterminée(0)** |  |  |  |  |  | **1** |  |  | **1** |  |  |  |  |  | **02** |
| **Endocardite(14)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Péricardite(14)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OAP(18)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Erysipèle(35)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **00** |
| **Collapsus(14)** |  |  |  |  |  | **1** |  |  | **1** |  |  |  |  |  | **02** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL =** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **04** |

**VIII – LES OBSERVATIONS**

**Un grand manque de personnels ouvriers.**

**Visa Du Visa Du**

**Médecin Contrôleur Médecin Responsable**