

Signature et cachet du praticien

Nom, prénom du patient

Date

PRESCRIPTION DES SERVICES

Consultation diététique : DFG = _____ ml/min/1,73m²

- Diabète
- HTA
- Hyperkaliémie
- Hypercholestérolémie
- Hypertriglycéridémie
- Lithiases

Nature du calcul :

Facteur favorisant :

Autres :

Prêt d'un tensiomètre

Séance d'activité physique adaptée



Adresse : 55 rue de Turbigo 75003 Paris



Email : contact@renif.fr



Tél : 01 48 01 93 00



Site : www.renif.fr



@renif-idf



@Renif_idf



@renif.fr



@renif.fr



BULLETIN D'ADHÉSION DES PATIENTS



LES REINS SONT PRÉCIEUX,
ENSEMBLE PRENONS-EN SOIN

PRÉSENTATION

Qui sommes-nous ?

Rénif est l'association Régionale de Néphrologie d'Île-de-France. Elle est financée par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France*.

Pour qui ?

Les bénéficiaires sont les personnes majeures, ayant une maladie rénale chronique (MRC) avant mise en dialyse, et suivies médicalement en Île-de-France.

Nos missions

- Promouvoir la prévention et le dépistage précoce de la MRC.
- Améliorer la prise en charge médicale et la qualité de vie des patients en favorisant une meilleure coordination entre les professionnels de santé engagés.

Comment adhérer ?

➤ En ligne : www.renif.fr/adherer

En adressant le bulletin d'adhésion ci-joint :

✉ Par courrier : 55 rue de Turbigo 75003 Paris

➤ Par Email : contact@renif.fr

*Les agences régionales de santé (ARS) sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en oeuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.



NOS SERVICES



CONSULTATION ÉDUCATIVE**



CONSULTATIONS DE DIÉTÉTIQUE**



SÉANCES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE**



PRÊT D'UN TENSIONNÈTRE**



ATELIERS DE DIÉTÉTIQUE, D'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOLOGIE, D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE, D'ÉCRITURE ET SUR LES TRAITEMENTS



S'INFORMER AVEC LE MAGAZINE RÉNIF'MAG, LE E-LEARNING

A retenir

Nos services sont pris en charge par l'association.

Ils ne sont pas payants pour le patient.

** Sur prescription médicale

BULLETIN D'ADHÉSION

Madame* Monsieur* (* mention obligatoire)

Nom* : _____

Prénom* : _____

Né(e) le* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____

Ville* : _____

Téléphone* : _____

Portable* : _____

Email* : _____

Nom de l'établissement de santé où vous êtes suivi en néphrologie : _____

Je déclare avoir une maladie rénale et ne pas être en dialyse.
Je souhaite adhérer à Rénif.

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles par Rénif
dans le cadre de mon parcours de soins.

A* : _____ Le* : _____

Signature du patient* : _____