

Questionnaire - Insuffisance rénale et transplantation

Client

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	No de proposition	<input type="text"/>

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg date:

Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:

Tabagisme: Non Oui Si oui, quoi? Nombre/jour? E-cigarette: Non Oui
Ancien fumeur: Non Oui depuis quand?

Cause de l'insuffisance rénale

Date du diagnostic de la maladie:

maladie rénale primitive, laquelle:

maladie systémique, laquelle:

maladie d'origine non glomérulaire glomérulaire

Préciser le type exact:

diabète de type 1 diabète de type 2

autre étiologie, laquelle:

Investigations

examens sanguins date:

créatinine sérique µmol/l

glucose à jeun mmol/l

HbA1c %

cholestérol total mmol/l

cholestérol HDL mmol/l

triglycérides mmol/l

enzymes hépatiques: ASAT: mmol/l ALAT: mmol/l
Gamma-GT: mmol/l

test VIH: négatif positif

hémoglobine g/l

leucocytes g/l

sodium mmol/l

Potassium mmol/l

bicarbonate mmol/l

phosphates mmol/l

autres:

Urographie iv: non oui Résultat: date:

Cystoscopie: non oui Résultat: date:

Biopsie rénale: non oui Résultat: date:

Résultat de l'analyse des urines

date:

GFR: ml/min/1.73m²

calculé selon: CKD-EPI MDRD
 Cockcroft et Gault

créatinine mmol/l

albumine mg/l

protéine mg/l

rapport P/C mg/mmol

rapport A/C mg/mmol

glucose mmol/l

hématurie négatif + ++ ou plus

leucocytes négatif + ++ ou plus

érythrocytes / μ l /champs

sédiment

autres

Traitements

Médicamenteux:

non oui

Lesquels?

Dosage?

Depuis quand?

Dialyse:

non oui

Début de la dialyse:

Complications:

non oui

si oui, lesquelles?

Autres traitements au long cours:

non oui

si oui, lesquelles?

Transplantation rénale

non oui

Nombre de transplantations:

Date de la dernière transplantation: (mois/année)

Si prévue, date:

Donneur vivant:

non oui

Âge du donneur au moment de la transplantation:

Parent:

non oui

Evolution post-opératoire

Crises de rejet:

non oui

date:

Traitements:

Signes de rejet chronique ou glomérulonéphrite du greffon:

non oui

Date dernière biopsie:

Résultat dernière biopsie:

Commentaires:

Episodes d'infection grave ou de sepsis:

non oui

Datum:

Complications vasculaires rénales

sténose significative ou occlusion de l'artère rénale

autres:

Traitements:

Fonction du greffon

Qualité et stabilité de la fonction:

bonne suboptimale diminuée stable en voie d'amélioration
 en voie de détérioration

Dialyses à nouveau nécessaires:

non oui

date:

Traitement immunosup. au long cours

non oui

Si oui, lequel (médicament):

Depuis quand:

Effets secondaires du traitement:

Si non, raisons:

Observance du traitement:

Bonne Mauvaise

Autres maladies:

Coronaropathie

Complications vasculaires

Hypertension

Diabète

Autres:

Autres commentaires:

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél.

Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.