

Questionnaire – Atteinte hépatique

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?

Diagnostic:

Date du diagnostic:

Diagnostic:

Cause:

Date de la dernière consultation:

Hépatomégalie:

- non oui
 cause indéterminée
 cause connue, laquelle:

Stéatose hépatique:

Origine? non oui
 Alcoolique non alcoolique (NAFLD type 1 et 2)
 Déficit en alpha 1-antitrypsine
 Maladie de Wilson: asymptomatique légère modérée sévère
 Abscès hépatique Nombre d'épisodes: Date:

Hyperbilirubinémie:

- non oui
 Syndrome de Gilbert Syndrome de Dubin-Johnson
 Syndrome de Rotor Syndrome de Crigler-Najjar

Jaunisse légère ou sans symptômes? non oui

Maladie hépatique?

non oui

sans fibrose

fibrose (portale, en pont ou cirrhose) Léger Modéré Sévère

alcoolique

virale: A B C D (delta) E

autre: _____

aiguë fulminante chronique

toxique, cause: _____

auto-immune

hépatocarcinome

Autre: _____

Consommation quotidienne de boissons alcoolisées: non oui

Quel alcool? _____

Quantité par semaine? _____ dl

Abstinence depuis: _____

Toxicomanie:

non actuelle antécédent, depuis quand: _____ (mois/année)

Quelles substances? _____

Dernière consommation? _____

(mois/année)

Quels traitements? _____

Quand? _____ (mois/année)

Traitement médical:

jamais traitée par anti-viraux

Ag HBe positif Ag HBe négatif Ag HBe indéterminé

traitement actuel par anti-viraux

Ag HBe positif Ag HBe négatif Ag HBe indéterminé

Ag HBe négatif au début du traitement

Séroconversion avec Ag HBe devenu négatif (antérieurement positif) après le début du traitement

traitement interrompu

Ag HBe positif < 6mois > 6mois Ag HBe indéterminé

Séroconversion avec Ag HBe devenu négatif (antérieurement positif) après le début du traitement

traitement immunosuppresseur suspendu, en rémission complète, depuis quand? _____

sous traitement immunosuppresseur en rémission complète

_____ nombres d'années depuis l'instauration du traitement

échec ou récurrence? non oui

si oui, date: _____

Autres traitements - lesquels: _____

Traitement chirurgical:

transplantation

Date: _____

sclérothérapie de varices oesophagiennes

Date: _____

Transplantation hépatique / Indication de la transplantation non oui

Si oui, raison:

Examens biologiques: (max. 6 mois)

<input type="checkbox"/> Transaminases:					
ALAT/SGPT:	<input type="text"/>		Date:	<input type="text"/>	
ASAT/SGOT:	<input type="text"/>		Date:	<input type="text"/>	
Gamma-GT:	<input type="text"/>		Date:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Concentration sérique AIP:	<input type="text"/>	mg/dl	<input type="text"/>	µmol/l	Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline:	<input type="text"/>	U/l			Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Albumine:	<input type="text"/>	g/l			Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale:	<input type="text"/>	mg/dl	<input type="text"/>	µmol/l	Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alpha-foetoprotéine:	<input type="text"/>	ng/ml			Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ARN:	<input type="text"/>	[iU]/ml			Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VHC:	<input type="text"/>	[iU]/ml			Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Charge virale du VHB:	<input type="text"/>	/ml			
<input type="checkbox"/> autres:	<input type="text"/>				

Examens complémentaires:

<input type="checkbox"/> Echographie hépato-vésiculaire	Résultat:	<input type="text"/>	Date:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IRM hépatique	Résultat:	<input type="text"/>	Date:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> biopsie hépatique	Score Métavir: <input type="text"/>	Score Knodell: <input type="text"/>	Date:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fibrotest:	<input type="text"/>	Résultat:	<input type="text"/>	Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fibroscan:	<input type="text"/>	Résultat:	<input type="text"/>	Date: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cholangio IRM	Résultat:	<input type="text"/>	Date:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="text"/>			

Biopsie effectuée:

non oui Résultat: Date:

Comorbidité:

<input type="checkbox"/> Co-infection chronique VHC / VHD / VIH	<input type="checkbox"/> Hémochromatose
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Trouble du métabolisme
<input type="checkbox"/> Manifestations extra-hépatiques	<input type="checkbox"/> Cholangite sclérosante
<input type="checkbox"/> Antécédent familial de cancer hépatique	

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.