

Questionnaire 1-P Dialyse



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

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.

INSUFFISANCE RENALE

Aiguë

Terminale

AFFECTION CAUSALE :

Maladie rénale primitive :

Laquelle ? :

Maladie systémique :

Laquelle ? :

Autre étiologie :

Laquelle ? :

NON OUI

Commentaires

Dates

Hémodialyse

En milieu hospitalier

À domicile

Dialyse péritonéale

Intermittente en milieu hospitalier

Continue ambulatoire (DPCA)

Dialyse chronique

Depuis : / /

Dialyse temporaire

Pour rejet aigu ou subaigu de greffe rénale

Toujours en cours

Si non, arrêt depuis : / /

Echec préalable de transplantation rénale

Reprise de la dialyse chronique depuis : / /

Transplantation rénale envisagée

Si non, pourquoi ? :

Complications :

Phlébite

Nombre d'épisodes depuis 1 an :

Dernier le : / /

Péritonite

Nombre d'épisodes depuis 1 an :

Dernier le : / /

Septicémie

Maladies associées :

Ostéodystrophie rénale

Anémie rénale

/ /

Pathologie cardiovasculaire

Laquelle ? :

/ /

Autre

Lequel ? :

Depuis : / /

Autre traitement au long cours

Lequel ? :

Depuis : / /

Indicaion :

NOM et Prénom :

		NON	OUI	Commentaires	Dates	
Dernières constatations* :						
Dosage de la créatinine sérique				Taux avant dialyse :	/	/
				Taux après dialyse :	/	/
Dosage du calcium plasmatique du phosphore plasmatique de la parathormone plasmatique				Taux :	/	/
				Taux :	/	/
				Taux :	/	/
Dosage du cholestérol des triglycérides				Taux :	/	/
				Taux :	/	/
Dosage de l'hémoglobine de l'hématocrite				Taux :	/	/
				Taux :	/	/
Test VIH*		Négatif*		Positif*	/	/
sérologie hépatite C				Résultat	/	/
Ag Hbs				Résultat	/	/
ECG*						
Repos			Normal*	Anormal*	/	/
Effort			Normal*	Anormal*	/	/
			Laquelle ? (résultat)			
Autre					/	/
					/	/

Tension artérielle

MESURES EFFECTUEES AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES

traitée Depuis : / /

Dates		Chiffres		Dates		Chiffres		Dates		Chiffres	
		SYST	DIAS.T.			SYST	DIAS.T.			SYST	DIAS.T.
/	/			/	/			/	/		
/	/			/	/			/	/		
/	/			/	/			/	/		
/	/			/	/			/	/		

NON

OUI

Commentaires

Dates

Suivi régulier

Dosage de la créatinine sérique		Centre de néphrologie					
		Néphrologue habilité		Dernier contrôle le :	/	/	
Patient alité		Laquelle ? (résultat)			/	/	

Appréciation finale :

IMPORTANT : La communication du protocole du résultat du test VIH, des tracés électrocardiographiques les plus récents ainsi que de tout examen anormal, est indispensable.

Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à : MetLife - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.

**Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.*

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant

