

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En milieu hospitalier <input type="checkbox"/> À domicile	
Dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intermittente en milieu hospitalier <input type="checkbox"/> Continue ambulatoire (DPCA)	
Dialyse chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dialyse temporaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pour rejet aigu ou subaigu de greffe rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Toujours en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si non, arrêt depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Echec préalable de transplantation rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reprise de la dialyse chronique depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Transplantation rénale envisagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non, pourquoi ? : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Complications :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'épisodes depuis 1 an : <input type="text"/>	Dernier le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Péritonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'épisodes depuis 1 an : <input type="text"/>	Dernier le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Septicémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladies associées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ostéodystrophie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anémie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Pathologie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autre traitement au long cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/> <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Indicaion : <input type="text"/>	

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

Dates

Dernières constatations* :

Dosage de la créatinine sérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux avant dialyse : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Taux après dialyse : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Dosage du calcium plasmatique du phosphore plasmatique de la parathormone plasmatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Dosage du cholestérol des triglycérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Dosage de l'hémoglobine de l'hématocrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Test VIH*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Négatif*	<input type="checkbox"/> Positif*				<input type="text"/>
sérologie hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat					<input type="text"/>
Ag Hbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat					<input type="text"/>
ECG*								
Repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal*	<input type="checkbox"/> Anormal*				<input type="text"/>
Effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal*	<input type="checkbox"/> Anormal*				<input type="text"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? (résultat)					<input type="text"/>
								<input type="text"/>

Tension artérielle

MESURES EFFECTUEES AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES

traitée Depuis : / /

Dates	Chiffres	Dates	Chiffres	Dates	Chiffres
	SYST DIAST.		SYST DIAST.		SYST DIAST.
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Néphrologue habilité

Dernier contrôle le : / /

Patient alité

Laquelle ? (résultat)

/ /

Appréciation finale :

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)
Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à prevoyance.metlife@cbp-france.eu ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à : Le : / /

Signature du médecin traitant

