

# Questionnaire Transplantation cardiaque



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.

## Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

NON OUI

Commentaires

Dates

### Profession actuelle :

Temps plein

Temps partiel

### Profession antérieure

Nature :

Date du début : / /

Date de fin : / /

### Pension invalidité : (Photocopie l'intitulé)

Civil

Nature :

Date d'attribution :

Militaire

Date : / /

Tierce personne

### Antécédents ou maladies associées

(En particulier, transfusion(s) antérieure(s), nombre et cause)

### Affection :

Congénitale ou héréditaire

Date de diagnostic : / /

Traumatique

Acquise

Si oui, de quelle origine :

### Traitements : Médicaux

Lesquels :

Date de début : / /

### Chirurgicaux :

Transplantation(s)

(Joindre une copie des comptes rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)

Si oui, précisez :

Date(s) : / /

Age du donneur :

Parenté du donneur :

Origine du greffon :

Prévue

Pratiquée(s)

1<sup>ère</sup> transplantation

2<sup>ème</sup> transplantation

Rejet de la transplantation

Autres

Si oui, précisez :

Avez-vous ou avez-vous eu des complications ?

Digestives

Neurologiques

Métaboliques

Autres

