

Questionnaire 2P

Transplantation rénale



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.

Cause de l'insuffisance rénale terminale

- Maladie rénale primitive : Laquelle ? _____
- Maladie systémique : Laquelle ? _____
- Autre étiologie : Laquelle ? _____

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Transplantation allogénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de transplantations : _____ Dernière le : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Rein de cadavre <input type="checkbox"/> Donneur vivant apparenté : qui ? _____	
Transplantation syngénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dialyse depuis la transplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dernière le : ____ / ____ / ____
De nouveau sous dialyse chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : ____ / ____ / ____
Bonne fonction du greffon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinon : <input type="checkbox"/> Suboptimale <input type="checkbox"/> Altéré	Depuis : ____ / ____ / ____ Depuis : ____ / ____ / ____ Depuis : ____ / ____ / ____
Fonction du greffon stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinon : <input type="checkbox"/> En voie d'amélioration <input type="checkbox"/> En voie de détérioration	Depuis : ____ / ____ / ____ Depuis : ____ / ____ / ____ Depuis : ____ / ____ / ____
Crises de rejet aigu au cours des 2 dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre : _____ <input type="checkbox"/> Traitées avec succès	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Signes de rejet chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sténose significative ou occlusion de l'artère rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conséquences : _____ <input type="checkbox"/> Traitées avec succès	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Traitement immunodépresseur chronique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si interrompu, pourquoi ? : _____	
Azathioprine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : ____ / ____ / ____
Ciclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : ____ / ____ / ____
Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posologie : _____	Depuis : ____ / ____ / ____
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : _____	Depuis : ____ / ____ / ____
Effets secondaires du traitement immunodépresseur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles : _____	____ / ____ / ____
Opportunistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Traitées avec succès <input type="checkbox"/> Récidivantes	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Néphropathie chronique secondaire à la ciclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Traitées avec succès <input type="checkbox"/> Aggravation depuis au moins 6 mois	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Traités avec succès <input type="checkbox"/> Persistants <input type="checkbox"/> Progressifs	<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"/>
Autre traitement au long cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/> Depuis : <input type="text"/> Indication : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Maladies associées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dernières constatations* :				
Tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Traités / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Recherche d'une protéinurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Analyse du sédiment urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dosage de la créatinine sérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Clairance de la créatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dosage de la transaminase ASAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
de la transaminase ALAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
de la gamma GT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dosage de l'hémoglobine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
de l'hématocrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Numération des globules blancs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre : <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"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Sérologie hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ag Hbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Suivi régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Centre de transplantation <input type="checkbox"/> Centre de néphrologie <input type="checkbox"/> Hépatologue habilité	Dernier contrôle le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Appréciation finale

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

IMPORTANT : La communication du protocole du résultat du test VIH 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

