

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

NOM et Prénom :

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

## Appréciation finale

**IMPORTANT : La communication du protocole du résultat du test VIH ainsi que de tout examen anormal, est indispensable.**

**Veillez 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