

N° adhérent :

Nom/Prénom :

Date de naissance :



Dossier suivi par : Le Service Médical

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 médical.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Diagnostic :

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

Insuffisance Rénale : 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"/> A domicile	Date de début : Date de fin :
Dialyse péritonéale :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intermittente en milieu hospitalier <input type="checkbox"/> Continue ambulatoire (DPCA)	Date de début : Date de fin :
Dialyse chronique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Depuis :
Dialyse temporaire :			
- Pour rejet aigu ou subaigu de greffe rénale :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Date de début : Date de fin :
- Toujours en cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Si non arrêt depuis :
Echec préalable de transplantation rénale :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Reprise de la dialyse chronique depuis :
Transplantation rénale envisagée :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si non, pourquoi ?	
Complications :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- Phlébite :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre d'épisode depuis 1 an :	Depuis le :
- Péritonite :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre d'épisode depuis 1 an :	Depuis le :
- Septicémie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Complications :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- Ostéodystrophie rénale :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Anémie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Pathologie cardiovasculaire :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : .....	.....
- Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : .....	.....
Autre traitement au long cours	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel :	Depuis :
		Indication :	
Dernières constatations* :			
- Dosage de la créatinine sérique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux avant dialyse : .....	.....
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux après dialyse : .....	.....
- Dosage de l'hémoglobine :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Dosage de l'hématocrite :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Dosage des transaminases :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Dosage du cholestérol :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Dosage des triglycérides :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Dosage du calcium plasmatique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Dosage du phosphore plasmatique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Dosage de la parathormone plasmatique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : .....	.....
- Test VIH :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	.....
- Test Ag HBS et HCV :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	.....
- ECG repos :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	.....
- ECG effort :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	.....
- Autre : (joindre les résultats)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : .....	.....
		Résultat : .....	.....
Tension artérielle :	<input type="checkbox"/> Traitée <input type="checkbox"/> Non traitée		Depuis :

Mesures effectuées au cours des 6 derniers mois

Date	Chiffres		Date	Chiffres		Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.		SYST.	DIAST.		SYST.	DIAST.

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Suivi régulier :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Centre de néphrologie <input type="checkbox"/> Néphrologue habilité	Dernier contrôle le :
Patient alité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Nom/Prénom : N° adhérent :

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Taille : Poids :

Important

Une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Les honoraires du ou des questionnaires médicaux que vous venez de remplir sont remboursés sur la base :

- d'une consultation (1c) pour un généraliste,
- d'une consultation (1cs) pour un spécialiste.

Date :

Signature :

Cachet du médecin

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orientas.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

