|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations Patient**  ***\*informations obligatoires pour identification du patient*** | | | | |
| **Nom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Date de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Lieu de Naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Sexe\*** | **F**☐ **M**☐ |
| **Antécédents familiaux** | |  | | |
| **Maladie initiale** | |  | | |
| **Dialyse** | | **OUI  NON**  **Si oui :**   * **Durée :** * **Type  :** Choisissez un élément. | | |
| **Antécédents personnels** | |  | | |
| **Antécédents néphrologiques** | |  | | |

**Date de la RCP** Choisissez un élément.

**Lieu de la RCP :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Responsable de la RCP :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Motif de la RCP :** Choisissez un élément. **Si autre, préciser : …………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient en attente de Greffe** | |
| **Croissance** | **Poids (et ds) : taille (et ds) :** |
| **Immunisé**  **Degré d’immunisation** | **OUI NON**  **TGI :**  **Groupe sanguin :**  **FAG :** |
| **Date d’inscription sur liste**  **Type de donneur attendu** | Date :    CIT  **OUI NON**    **DV  DD** |
| **Dialyse en cours** | **OUI NON**  **Si oui :**   * **Date de mise en dialyse :** * **Type  :** Choisissez un élément. |
| **Urologie** | **Uropathie sous-jacente OUI  NON**  **Chirurgie envisagée** Choisissez un élément.  **Si autre préciser :** |
| **Difficulté d’abord vasculaire** | **OUI NON**  **Antécédent de thrombose** **oui non** |
| **Risque récidive maladie initiale** | **OUI NON** |
| **Risque psycho social** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patient Greffé** | | |
| **Date de greffe** |  | |
| **Donneur** | **DV DD** | |
| **Nombre de mismatch HLA,** | **I\_IA I\_I B I\_I DR I\_I DQ** | |
| **Immunosuppression** | Induction: | |
| **Présence de DSA** | **OUI NON**  **Classe I**  Choisissez un élément.  **Classe II**  Choisissez un élément.  **MFI** | |
| **Mismatch EBV** | Donneur Choisissez un élément.  Receveur Choisissez un élément. | |
| **Mismatch CMV** | Donneur Choisissez un élément.  Receveur Choisissez un élément. | |
| **Evènements intercurrents principaux** | Choisissez un élément.  **Si autre, préciser :** | |
| **Dernier suivi** | **Date :** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements en cours**  **(posologies, taux résiduels, AUC, déplétion B.)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Créatinine (mol /l)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Protéinurie (g/mmol ou g/g)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **PCR EBV** |  |
| **PCR CMV** |  |
| **PCR BK sang** |  |
| **Autre** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **HTA** | **Oui  Non** |
| **Résultats PBR** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis de la RCP** | |
| **Avis demandé** | ☐**Diagnostique** ☐**Thérapeutique** ☐**Autre** |
| **Question à poser** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Avis de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |