|  |
| --- |
| **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. |