



FICHE MÉDICALE

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de Naissance : ____/____/____

Groupe sanguin : _____ Rhésus : _____

NEPHROPATHIE

Néphropathie initiale : _____

Date de la 1^{ère} dialyse : ____/____/____

Autres antécédents : _____

DIALYSE (Joindre la prescription de dialyse)

Mode de dialyse : Domicile Autodialyse Unité médicalisée Centre

Vos jours de dialyse : Lundi, Me, Ve Mardi, Je, Sa matin après-midi soir

Nombre de séances / semaine : _____ Durée de chaque séance : ____ H _____

Générateur : _____ Dialyseur : _____

Dialysat : Acétate : Bicarbonate : Débit sanguin : _____ ml/min

Na : _____ K : _____ Ca : _____ CO₃H : _____ Glucose : _____

Poids sec : _____ Prise de poids moyenne : _____

U.F. maximum tolérée : _____ T.A. habituelle : _____

ABORD VASCULAIRE (Si FAV, Joindre le SCHEMA + dernier échodoppler)

Fistule artério-veineuse Type _____

Bras : DROIT GAUCHE

Biponction Uniponction Aiguilles ____ Gauge Cathlons ____ Gauge

Cathéters Type _____ Type verrou _____ Type de bouchon _____

Volume Branche artérielle mL Volume Branche veineuse mL

HEPARINISATION

Héparine standard HBPM Autre héparinisation : _____

Continue Discontinue

Dose de charge _____ Dose d'entretien _____



FICHE MEDICALE

SEROLOGIE (Joindre **IMPERATIVEMENT** des résultats de **MOINS DE 3 MOIS**)

HBs : Date : ___/___/___ HBs Ag : ___ HBsAc : ___ Titrage : ___ HBcAc : ___

HCV : Date : ___/___/___ HCV Ac : _____ PCR : _____

HIV : Date : ___/___/___ HIV 1 : _____ HIV 2 : _____

TRAITEMENT MEDICAL - HORS EPO (joindre l'ordonnance)

TRAITEMENT PAR EPO Si le patient suit un traitement par EPO :

- veuillez remplir la fiche de TRAITEMENT PAR EPO (fiche jointe)

GREFFE

Patient(e) inscrit(e) : Oui Non

Centre de transplantation : _____

Tél. _____

PROBLEMES PARTICULIERS

En cours de séance : _____

En dehors des séances : _____

Allergies médicamenteuses ou autres :

Remarques : _____

AUTONOMIE DU PATIENT

Mobilité	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Fauteuil/Brancard
Habillage/Déshabillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Pesée	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Compression	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Alimentation	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Ne fait pas
Prise de poids	<input type="checkbox"/> modérée	<input type="checkbox"/> Variable	<input type="checkbox"/> Importante

Date :

Signature et Tampon du Médecin :