



QUESTIONNAIRE 15015 - TRANSPLANTATION RÉNALE

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
 NOM et PRENOM :
 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.

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

Diagnostic :

 Date de découverte : Date de dernière consultation :

Etiologie :

- ☐ Maladie rénale primitive : laquelle :
☐ Maladie systémique : laquelle :
☐ Autre étiologie : laquelle :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Transplantation allogénique :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre de transplantations : <input type="radio"/> Donneur décédé <input type="radio"/> Donneur vivant apparenté : qui :	Dernière le :
Transplantation syngénique :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Dialyse avant la transplantation :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Dernière le :
Dialyse depuis la transplantation : - de nouveau sous dialyse chronique :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Dernière le : Depuis :
Fonction actuelle du greffon :		<input type="radio"/> Optimale <input type="radio"/> Suboptimale <input type="radio"/> Altérée	Depuis : Depuis : Depuis :
Evolution de la fonction du greffon :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Stable <input type="radio"/> En voie d'amélioration <input type="radio"/> En voie de détérioration	Depuis : Depuis : Depuis :
Rejet aigu au cours des deux dernières années :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre : <input type="radio"/> Traitées avec succès
Signes de rejet chronique :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

QUESTIONNAIRE 15015 - TRANSPLANTATION RÉNALE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON	- OUI	COMMENTAIRES	DATES
Sténose significative ou occlusion de l'artère rénale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conséquences : <input type="checkbox"/> Traitées avec succès
Traitement immunodépresseur chronique : - azathioprine : - ciclosporine : - corticothérapie : - autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si interrompu, pourquoi : Posologie : Lequel :	Depuis : Depuis : Depuis : Depuis :
Effets secondaires du traitement immunodépresseur : - infections opportunistes : - néphropathie chronique secondaire à la ciclosporine : - autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles : <input type="checkbox"/> Traitées avec succès <input type="checkbox"/> Récidivantes <input type="checkbox"/> Traitées avec succès <input type="checkbox"/> Aggravation depuis au moins 6 mois Lesquels : <input type="checkbox"/> Traitées avec succès <input type="checkbox"/> Persistants <input type="checkbox"/> Progressifs
Autre traitement au long court :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : Indication :	Depuis :
Maladies associées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles :
Dernières constatations : - recherche d'une protéinurie : - analyse du sédiment urinaire : - dosage de la créatinine sérique : - clairance de la créatinine : - dosage de la transaminase ASAT : - dosage de la transaminase ALAT : - dosage des gamma GT : - dosage de l'hémoglobine : - dosage de l'hématocrite : - numération des globules blancs : - test Ag HBS : - test Anti HCV : - Test VIH : - bilan cardiovasculaire : - autre : <i>[joindre les résultats]</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : Résultats : Taux : Résultats : Taux : Taux : Taux : Taux : Taux : Nombre : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif Résultats : Laquelle : Résultat : Typage :

QUESTIONNAIRE 15015 - TRANSPLANTATION RÉNALE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Suivi régulier :	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Centre de transplantation <input type="radio"/> Centre de néphrologue <input type="radio"/> Néphrologie habilité	Dernier contrôle le :
Arrêt de travail :	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Date : Durée : Reprise :	
Le patient est-il en invalidité :	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Taux : Catégorie :	

Remarques éventuelles (autres traitements, autres affections) :

Taille : Poids : Tension artérielle : / ☐ Traitée ☐ Non traitée

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 | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
 114 boulevard Marius Vivier Merle
 69439 LYON Cedex 03
 Fax 0478536518 - 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.orient.fr)
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.