

Trajet de soins d'insuffisance rénale chronique

Référence du généraliste au néphrologue

Date:

De:
Nom du Médecin:.....
Adresse:.....
Téléphone:
GSM:
N° INAMI.:

À:
Nom du Médecin:.....
Adresse:.....
Téléphone:
GSM:
N° INAMI.:

Sujet:
Patient:
n° RN:
Adresse:.....
Téléphone:
GSM:
Mutualité:

Équipe de soins:
Diététicienne:
Autre:

1. MOTIF DE RÉFÉRENCE

.....
.....
.....

2. DONNÉES ADMINISTRATIVES

Insuffisance rénale chronique depuis:/...../.....
Trajet de Soins d' insuffisance rénale chronique conclu le:/...../.....

Le patient est inclus dans un trajet de Soins du diabète de type 2:

- Non
 Oui

Le patient est inclus dans un programme "éducation et autogestion" du diabète de type 2

- Non
 Oui

3. ANTECÉDENTS ET MALADIES ACTUELLES

Antécédents:
.....
.....

Maladies actuelles:
.....
.....

4. ALLERGIES ET INTOLÉRANCES

Allergies:
.....
.....

Intolérances:

.....
.....

5. STADE D'INSUFFISANCE RÉNALE

- Stade 3b: insuffisance modérée (eGFR 30-45 ml/min)
- Stade 4: insuffisance importante (eGFR 15-29 ml/min)
- Stade 5: insuffisance terminale (eGFR < 15ml/min)

6. EXAMEN CLINIQUE

ANTROPOMÉTRIE

Poids:	kg	Date:	/.....	/.....
Taille:	m	Date:	/.....	/.....
BMI:	kg/m ²	Date:	/.....	/.....
Circonférence de l'abdomen:	cm	Date:	/.....	/.....

TENSION ARTÉRIELLE:

...../..... Date:

7. MODE DE VIE

Régime alimentaire:

Morceaux de fruits par jour:

Portions de légumes par jour:

.....
.....

Alcool:

Nombre de jour(s) de consommation d'alcool par semaine:

Nombre d'unités d'alcool bues par jour:

L'exercice physique:

- Impossible
- Insuffisant
- Suffisant
- Récréatif
- Compétition

.....
.....

Tabagisme:

- Fumeur
- N'a jamais fumé

Ex-fumeur: arrêté de fumer depuis:

8. MÉDICATION

Médicament	Dose/jour	Temps			
		Le matin	Le midi	Le soir	Avant d'aller dormir

.....

9. LABO
 (2 labos avec un intervalle de minimum trois mois)
 (ou copie ci-jointe)

LABO	Valeur 1	Date 1	Valeur 2	Date 2
HbA1c:/...../...../...../.....
Hémoglobine:/...../...../...../.....
Hématocrite:/...../...../...../.....
VMC:/...../...../...../.....
Cholestérol:/...../...../...../.....
Cholestérol LDL:/...../...../...../.....
Cholestérol HDL:/...../...../...../.....
Triglycérides:/...../...../...../.....
PTH:/...../...../...../.....
25OHVitamineD3:/...../...../...../.....
Calcium:/...../...../...../.....
Phosphore:/...../...../...../.....
HCO ₃ ⁻ :/...../...../...../.....
Sodium:/...../...../...../.....
Potassium:/...../...../...../.....
Chlore:/...../...../...../.....
Magnésium:/...../...../...../.....
Créatinine sérum:/...../...../...../.....
eGFR (formule MDRD):/...../...../...../.....
Glycémie à jeun:/...../...../...../.....
URINE	Valeur 1	Date 1	Valeur 2	Date 2
Urée:/...../...../...../.....
Protéinurie:/...../...../...../.....
Micro-albuminurie:/...../...../...../.....
Protéine/créatinine:/...../...../...../.....
Albumine/créatinine:/...../...../...../.....

10. VACCINATION

Grippe

Date:/...../.....

Antipneumococcique

Date:/...../.....

Hépatite B

Date:/...../.....

11. REMARQUES / COMMENTAIRES

.....
.....

Bien à vous,

Dr.

Cachet + signature du généraliste