

Trajet de soins d'insuffisance rénale chronique

Référence du généraliste au néphrologue

Date:

De:

Nom du Médecin :

Adresse :

.....

Téléphone :

GSM :

N° INAMI :

Au:

Néphrologue:

Adresse:

.....

Téléphone :

GSM :

Sujet:

Patient :

N° RN :

Adresse :

.....

Téléphone :

GSM:

Mutualité:

Équipe de soins :

Éducateur en diabétologie :

Diététicien:

Podologue:

Ophthalmologue:

Autre:

1. MOTIF DE RÉFÉRENCE

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

2. DONNÉES ADMINISTRATIVES

Diagnose d'insuffisance rénale chronique depuis :/...../.....

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

Le patient, a-t-il un trajet de Soins du diabète de type 2 ? OUI NON

Le patient, a-t-il un SumEHR ? OUI / NON

3. ANTECÉDENTS

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

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/m²

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

Circonférence de l'abdomen: cm

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

TENSION ARTÉRIELLE:

...../.....

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

7. MODE DE VIE (alimentation, alcool, l'exercice physique, tabagisme, ...)

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

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 totale:/...../...../...../.....
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

