Etiquette patient

Questionnaire MRC

Recueil MRC

1ERE PARTIE : DONNEES ADMINISTRATIVES

**FINESS juridique**

**FINESS géographique**

**IPP**

**Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Sexe**

* (1) Masculin
* (2) Féminin

**Date de début de la prise en charge dans le parcours : \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Date de fin la prise en charge dans le parcours : \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Mode de sortie du patient dans le parcours**

* (1) Suppléance - hémodialyse
* (2) Suppléance - dialyse péritonéale
* (3) Suppléance - transplantation
* (4) Adressage équipe spécialisée soins palliatifs
* (7) Décès
* (8) Perdu de vue
* (9) Autre
* **Complémentaire santé solidaire**

2EME PARTIE : CARACTERISTIQUES DU PATIENT

**Pathologie rénale**

Choix multiples

* Hypertension artérielle
* Néphropathie diabétique
* Glomérulonéphrite primitive
* Polykystose
* Pyélonéphrite
* Vasculaire
* Autre
* Inconnue

2.1 DONNEES DU 1er SEMESTRE

**Stade de la MRC au 1er Semestre**

* (4) Stade 4 de la maladie
* (5) Stade 5 de la maladie

**DFG au 1er Semestre : \_\_\_\_\_\_\_** ml/min

**Date DFG au 1er Semestre : \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Renseigner un test parmi ceux proposés**

* + **Protéinurie au 1er Semestre :** **\_\_\_\_\_\_\_** g/24h
  + **Test Spot au 1er Semestre : \_\_\_\_\_\_\_** mg/mmol

2.2 DONNEES DU 2eme SEMESTRE

**Stade de la MRC au 2e** **Semestre**

* (4) Stade 4 de la maladie
* (5) Stade 5 de la maladie

**DFG au 2ème Semestre : \_\_\_\_\_\_\_** ml/min

**Date DFG au 2ème Semestre : \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Renseigner un test parmi ceux proposés**

* + **Protéinurie au 2ème Semestre : \_\_\_\_\_\_\_** g/24h
  + **Test Spot au 2ème Semestre : \_\_\_\_\_\_\_** mg/mmol

2.3 DONNEES DE L’ANNEE PRECEDENTE

**DFG au 2ème Semestre de l’année précédente : \_\_\_\_\_\_\_** ml/min

**Date DFG au 2ème Semestre de l’année précédente : \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

2.4 DONNEES A L’ANNEE

* **Présence d’au moins une complication ou comorbidité :**
* **Diabète**
* **Tabac**
* **Insuffisance respiratoire chronique ou BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)**
* **Syndrome d’apnée du sommeil**
* **Oxygénothérapie ou assistance ventilatoire à domicile**
* **Insuffisance cardiaque**
* **Insuffisance coronarienne**
* **Infarctus du myocarde**
* **Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque**
* **Anévrysme de l’aorte abdominale**
* **Artérite des membres inférieurs**
* **Accident vasculaire cérébral (AVC)**
* **Accident ischémique transitoire (AIT)**
* **Cancer ou hémopathie évolutif**
* **Ag HBS positif**
* **PCR VHC positif**
* **Séropositivité HIV**
* **Cirrhose**
* **SIDA**

**Autres**

Codes CIM 10, séparés par « | »

**Mobilité selon la classification ABM**

* (1) Incapacité totale
* (2) Nécessité tierce personne
* (3) Marche autonome

**Situation sociale**

Codes CIM 10, séparés par « | »

3EME PARTIE : DONNEES D’ACTIVITE

**Nb de consultations de néphrologue**

Format numérique sur 2 caractères

**Nb d’évaluations de diététicien**

Format numérique sur 2 caractères

**Nb d’évaluations avec un IDE**

Format numérique sur 2 caractères

**Nb d'entretiens avec un assistant social**

Format numérique sur 2 caractères

**Nb d'entretiens avec un psychologue**

Format numérique sur 2 caractères

*Pour les variables d’activités, seules les évaluations ou entretiens individuels sont à comptabiliser. Par ailleurs, nous préconisons de tracer, en plus du nombre, les dates des consultations afin de minimiser le risque d’erreur.*

4EME PARTIE : RESULTATS

**Evaluation de la faisabilité de la transplantation**

* (0) non réalisée
* (1) réalisée
* (2) patient avec contre-indication définitive à la transplantation
* **Envoi d’une lettre de synthèse au médecin traitant**
* **Transmission de l’email du patient**