

DONNEUR VIVANT DE REIN SUIVI PERIODIQUE (MS)

1 – Bilan rénal BRENAL

Date du bilan (date)	DBILAN
Source des informations <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	SRCINFO
<i>BIL</i> Bilan de suivi à l'hôpital <i>TEL</i> Par téléphone auprès du patient ou son médecin traitant <i>COU</i> Par courrier du patient ou son médecin traitant <i>AUT</i> Autre	
Si autre, Précisez (Texte) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	PRCSRC
Poids (kg) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	POID
Taille (cm) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	TAILLE
IMC (kg/m ²) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	BMI
Créatinine plasmatique (µmol/l)	VCREAT (VCREAT,CREAT)
Estimation du DFG par la formule du MDRD (ml/min/1.73m ²)	MDRD2C (MDRD2C,DFG)
Protéinurie (g/24h) <i>(Jusqu'au 20/06/2018)</i>	PROT
Protéinurie (g/l) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	PROTEI
Créatininurie (mmol/l) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	CREATU
Rapport protéinurie/créatininurie (mg/mmol) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	PROCREAT
Microalbuminurie (mg/l) <i>(A partir du 20/06/2018)</i>	MICROA
Pression artérielle systolique (mmHg)	PRARTS
Pression artérielle diastolique (mmHg)	PRARTD

2 – Complications physiques ou psychologiques **CPHYR**

<p>Complications apparues depuis le dernier bilan <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p> <p>O Oui N Non INC Inconnu</p>	COMPAP
<p>Si oui, Hypertension artérielle <i>(Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)</i></p> <p>O Oui N Non INC Inconnu</p>	HYPERT
<p>Si oui, traitement médicamenteux (Texte) <i>(Jusqu'au 20/06/2018)</i></p>	TTT
<p>Si oui, Diabète <i>(Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)</i></p> <p>O Oui N Non INC Inconnu</p>	DIAB
<p>Si oui, Date de diagnostic (date) <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p>	DDIAB
<p>Si oui, Dyslipidémie <i>(Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)</i></p> <p>O Oui N Non INC Inconnu</p>	DYSL
<p>Si oui, Date de diagnostic (date) <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p>	DDYSL
<p>Si oui, Evènements cardio-vasculaires <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p> <p>O Oui N Non INC Inconnu</p>	EVTVCV
<p>Si oui, Précisez (Texte) <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p>	PRCEVT
<p>Si oui, Date (date) <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p>	DEVT
<p>Si oui, Pathologie urologique sur rein restant <i>(Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)</i></p> <p>O Oui N Non INC Inconnu</p>	PATHURO
<p>Si oui, Précisez (Texte) <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p>	PRCPATH
<p>Si oui, Date <i>(A partir du 20/06/2018)</i></p>	DPTH

Si oui, Insuffisance rénale terminale (*Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné*) **INSRT**

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Si oui, dialyse (Texte) (*Jusqu'au 20/06/2018*) **DIAL**

Si oui, Précisez (*A partir du 20/06/2018*) **PRCINSRT**

DIA *Dialyse*
 TRA *Transplantation*

Si Dialyse, date de début de dialyse (date) **DDIAL**
(A partir du 20/06/2018)

Si transplantation, date de transplantation (date) **DTRANS**
(A partir du 20/06/2018)

Si oui, Douleurs au niveau de la cicatrice (*A partir du 20/06/2018*) **DLCICA**

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Si oui, Précisez (*A partir du 20/06/2018*) **PRCDOUL**

NT *Non traitées*
 TSL *Traitées, sans limitation de l'activité*
 TALQ *Traitées, avec limitation de l'activité quotidienne*
 TALS *Traitées, avec limitation de l'activité sportive*
 SP *Sans précision*

Si oui, Complications pariétales (*A partir du 20/06/2018*) **COMPAR**

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Si oui, Précisez (*A partir du 20/06/2018*) **DCOMPAR**

HER *Hernie*
 DEN *Dénervation*
 AUT *Autre*
 INC *Inconnu*

Si oui, Autres complications (*Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné*) **AUTCOMPL**

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Si oui, Précisez (texte) **MOTIF**

Coronaropathie (*Jusqu'au 20/06/2018*) **CORONA**

O *Oui*
 N *Non*
 INC *Inconnu*

Artériopathie (*Jusqu'au 20/06/2018*)

ARTER

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

Accident vasculaire cérébral (*Jusqu'au 20/06/2018*)

AVC

O *Oui*
N *Non*
INC *Inconnu*

3 – Complications socio-économiques ou familiales liées au don **CSOCIOR**

Complications socio-économiques ou familiales liées au don (d'après le patient) (A partir du 20/06/2018)

COMPLSE

Si oui, Perte d'emploi partielle ou totale (Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)

DPROF

O Oui
 N Non
 INC Inconnu

Si oui, préciser (Texte) (Jusqu'au 20/06/2018)

PREPROF

Si oui, Difficultés financières (Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)

DFINAN

O Oui
 N Non
 INC Inconnu

Si oui, préciser (Texte) (Jusqu'au 20/06/2018)

PREFINAN

Si oui, Difficultés familiales (Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)

DFAMIL

O Oui
 N Non
 INC Inconnu

Si oui, préciser (Texte) (Jusqu'au 20/06/2018)

PREFAMI

Si oui, Difficultés psychologiques (Jusqu'au 20/06/2018 l'item était à remplir obligatoirement, non conditionné)

DPSY

O Oui
 N Non
 INC Inconnu

Si oui, préciser (Texte) (Jusqu'au 20/06/2018)

PREPSY