



## RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je soussigné Dr :.....  
 exerçant en tant que .....  
 à.....

Code conventionnel

certifie avoir examiné Mr (me) :.....

1. Antécédents :

• Familiaux

.....  
 .....

• Personnels :

- Médicaux :

HTA :

depuis : .....

traitement : .....

Diabète :

depuis : .....

traitement : .....

Autres à préciser : .....

.....

- Chirurgicaux :

.....

.....

2. Date de la découverte de l'insuffisance rénale chronique : .....

3. Date d'installation de l'insuffisance rénale terminale : .....

4. Origine de la maladie :

- Maladie ordinaire

- Maladie professionnelle

- Autres à préciser.....

.....

5. Diagnostic étiologique :

.....

.....

6. Résultats de la PBR :

.....

.....

7. Etat de santé lors de l'hospitalisation précédant le traitement par l'hémodialyse :

• Clinique :

.....

.....

.....

.....

• Biologique :

DATES	RESULTATS	
CREATINEMIE		
CLEARANCE DE LA CREAT.		
UREE		
NATREMIE		
KALIEMIE		
RESERVE ALKALINE		
CALCEMIE		
PHOSPHATEMIE		
PHOSPHATASE ALCALINE		
PROTIDEMIE		
NFS		
SEROLOGIE HVB		
VACCINATION ?		
SEROLOGIE HVC		
SEROLOGIE HIV		

8. Date et durée de l'hospitalisation ayant précédé l'indication et/ou le début de l'hémodialyse : .....

9. Pathologies associées et complications : .....

.....

**10. L'hémodialyse chronique est indiquée chez ce malade a raison de ..... séances par semaine.**

11. Date de la première séance : .....

12. Abord vasculaire : .....

....., le.....

Signature du chef de service

**Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.**