

**REGISTRE REIN DE CÔTE D’IVOIRE**

**FICHE POINT ANNUEL**

**Date du point annuel :**

**A – CONTEXTE :**

Date de remplissage :

Stade V □ Dialysé □ Greffé □

Date de début du tout premier traitement de suppléance (si Dialysé ou Greffé) :

**B – IDENTIFICATION DU MALADE :**

Numéro d’identification :

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Ville : Pays :

Sexe : Masculin □ Féminin □

Profession :

Niveau d’instruction : Aucun □ Primaire □ Secondaire □ Supérieur □

Situation matrimoniale : Célibataire □ Marié(e) / en couple □ Séparé/Divorcé(e) □ Veuf (ve) □

Lieu d’habitation actuelle : Ville : Pays :

Lieu d’habitation avant la prise en charge néphrologique (si différent du lieu actuel) :

Ville : Pays :

Couverture : Aucune □ Mutuelle publique □ Assurance Prive □ AMU □

**C – CENTRE DE SOINS :**

Centre de traitement principal :

Code du centre :

Numéro de dossier dans le centre (facultatif) :

Centre de traitement secondaire :

Code du centre :

**D – ETAT CLINIQUE ACTUEL :**

Activité actuelle : Actif □ Inactif □

Poids sec (Kg) : Taille (cm) : IMC :

Taux d’Hémoglobine (moins d’un mois) ou dernier disponible (g/dl) :

Préciser la date du taux d’hémoglobine :

Comorbidités, Antécédents, Facteurs de risque :

Tabagisme : Fumeur □ Ex-fumeur □ Non-fumeur □ ND □

Diabète : Type 1 □ Type 2 □ ND □

Si Diabète, Insulinothérapie : Oui □ Non □ ND □

HTA : Oui □ Non □ ND □

Insuffisance coronarienne : Oui □ Non □ ND □

IDM : Oui □ Non □ ND □

Péricardite : Oui □ Non □ ND □

Arythmie et troubles de la conduction : Oui □ Non □ ND □

Insuffisance cardiaque : Stade II – II □ Stade III – IV □ ND □

AVC : Oui □ Non □ ND □

Artérite des membres inférieurs : Stade I – II □ Stade III – IV □ ND □

Ag HbS positif : Oui □ Non □ ND □

Ac anti-VHC positif : Oui □ Non □ ND □

Cirrhose : Oui □ Non □ ND □

Séropositivité VIH : VIH 1 □ VIH 2 □ VIH 1 et 2 □ ND □

Insuffisance respiratoire chronique, BPCO : Oui □ Non □ ND □

Tuberculose : Oui □ Non □ ND □

Cancer ou hémopathie évolutif : Oui □ Non □ ND □

Autre (à préciser) :

Handicap : Aucun handicap □ Para/hémiplégie □ Trouble sévère du comportement □ Amputation membre inférieur □ Trouble sévère de la vue □ Cécité □ ND □

Autre (à préciser) :

Marche : Incapacité totale □ Nécessité d’une tierce personne □ Marche autonome □

**E – ITEMS PEDIATRIQUES : (**moins de 16 ans)

Périmètre crânien (cm) : Périmètre brachial (cm) : Taille (cm) :

Scolarisé : Oui □ Non □

**F – TRAITEMENT ACTUEL :**

1. **MALADE NON TRAITE (Raison de l’absence de projet de suppléance) – (Stade V)**

Pas de nécessité de dialyse □ Contre-indication au traitement □

Pas de place en structure publique □ Réticence ou refus à débuter la dialyse □

Difficultés financières pour débuter la dialyse en structure privée □

Bilan pré-greffe en cours □

Autre (à préciser) :

Créatininémie à la date du point annuel (mg/l) :

Clairance de Créatinine (MDRD) :

1. **MALADE TRAITE (Hémodialyse – Dialyse péritonéale – Greffe rénale)**

**HEMODIALYSE**

Modalités : HDC □ HDF □

Nombre de séance par semaine : Durée moyenne d’une séance :

Voie d’abord : FAV native □ Pontage □ KT tunnélisé □ KT temporaire □

Projet de greffe rénale : Oui □ Non □

**DIALYSE PERITONEALE**

Modalités : DPA □ DPCA □ DPI □

**GREFFE RENALE**

Créatininémie à l’inclusion (mg/l) :

Date de la Créatininémie :

Lieu de la greffe : Ville : Pays :

Type de greffe : Donneur vivant apparenté □ Donneur vivant non apparenté □ Donneur cadavérique □

Sexe du donneur : Masculin □ Féminin □

Date de naissance du donneur :