



Utilisation du « Questionnaire d'identification des patients à risque de MRC »

ETES-VOUS DANS UNE SITUATION A RISQUE DE MALADIE RENALE CHRONIQUE ?

Les informations recueillies dans le questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Lorène TEMPS. La base légale du traitement est le consentement. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivant : Responsable Service prévention ALURAD, Direction ALURAD, ARS Nouvelle-Aquitaine. Elles sont conservées pendant 20 ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter Charlotte TARNAUD, délégué à la protection des données à l'ALURAD : dpd@alurad.asso.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

INFIRMIER LIBERAL / SSIAD

NOM :

PRENOM :

LOCALITE :

A compléter
pour vous
identifier

- HYPERTENSION ARTERIELLE**
- DIABETE**
- MALADIE VASCULAIRE** (artérite, accident vasculaire cérébral, excès de cholestérol, infarctus, pontage, stents)
- MALADIE VIRALE CHRONIQUE** (Hépatite B – Hépatite C – HIV)
- UROPATHIE** (calculs rénaux, colique néphrétique, infections urinaires, malformations urinaires)
- TRAITEMENTS POTENTIELLEMENT DANGEREUX POUR LE REIN** (anti-inflammatoire, Lithium, chimiothérapie, etc)
- ANTECEDENTS PERSONNELS OU FAMILIAUX DE MALADIE RENALE**

Si vous avez coché au moins une case, le Service de prévention et de promotion de l'insuffisance rénale chronique de l'ALURAD vous propose de bénéficier d'un dépistage gratuit.

Souhaitez-vous réaliser le dépistage des maladies rénales chroniques ? OUI NON

Nom / prénom de votre médecin traitant :

Localité de votre médecin traitant :

Le :

Signature du patient :

A signer par
le patient

A
compléter
par le
patient
avec
votre aide

ORDONNANCE DE DEPISTAGE DES MALADIES RENALES CHRONIQUES

PRESCRIPTEUR
Dr Marie-Françoise ESNAULT
Médecin responsable
N°ADELI : 87.1.01490.8

PATIENT
NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : HOMME FEMME
ADRESSE :

RATIO PROTEINURIE / CREATININURIE en mg/gr

sur échantillon d'urine le matin

(vider la vessie au réveil puis prendre un échantillon des premières urines du matin).

CLAIRANCE DE LA CREATININE

calculée selon la formule CKD-EPI en ml/mn/1,73m²

INFORMATIONS POUR LE LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

- La facture est à envoyer à l'Alurad avec une copie de cette ordonnance.
- Les résultats d'examens sont à envoyer :
 - au médecin traitant du patient,
 - au médecin prescripteur,
 - au patient.

Signature du médecin



A compléter
par le
patient
avec votre
aide

Alurad – Prévention – Gain – 87170 ISLE

Tel : 05 55 71 23 84 – Fax : 05 55 01 88 27 – prevention@alurad.asso.fr – www.alurad.fr