



Formulaire de demande pour Biopsie d'allogreffe rénale Kidney Allograft Biopsy Requisition Form

Rapport immédiat désiré/Urgent report requested Oui/Yes Non/No Date:

Information de contact/Contact information :	
<input type="checkbox"/> GLEN Médecin Demandeur/Requesting Physician:	Téléphone:
<input type="checkbox"/> Centre référant/Referring Center:	Hôpital / Hospital:
Médecin Demandeur/Requesting Physician:	Téléphone:
	Fax:

Nom du patient/Patient's Name:		Numéro du dossier/Medical Record Number:	
Date de naissance/Date of Birth:	Sexe/ Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro RAMQ/RAMQ Number	
Cause de l'insuffisance rénale terminale/Cause of End-Stage Renal Disease :			
Date de la greffe actuelle/Date of current Transplant :			
Type de donneur: Donor type:	<input type="checkbox"/> Critères standard Standard Criteria Donor (SCD)	<input type="checkbox"/> Critères élargis Expanded Criteria Donor	<input type="checkbox"/> DDN/DND <input type="checkbox"/> DDC/DCD <input type="checkbox"/> Vivant Living Donor

Antécédents médicaux/Past Medical History:	
<input type="checkbox"/> Diabète/Diabetes HbA1c:	<input type="checkbox"/> Hypertension
Créatinine de base (DFG)/Baseline Créatinine (eGFR):	Créatinine actuelle (DFG)/Current Creatinine (eGFR):
Analyse d'urine/Urinalysis:	
<input type="checkbox"/> Hématurie/Hematuria	
<input type="checkbox"/> Protéinurie/Proteinuria	PCR de base/Baseline PCR: PCR Actuel/Current PCR:
<input type="checkbox"/> Transplant antérieur/Previous Transplant	Date:
Cause de la perte du greffon/Cause of graft failure :	
<input type="checkbox"/> Biopsie(s) d'allogreffe rénale antérieure(s)/ Previous Allograft Biopsy	Date(s):

Présentation Clinique / Clinical Presentation:	
<input type="checkbox"/> Tests spéciaux demandés/Special Studies requests. Veuillez préciser/Please specify:	
Biopsie de surveillance/Surveillance Biopsy <input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No	

Immunosuppression (liste de médicaments / List of Medication):	
<input type="checkbox"/> Cyclosporine <input type="checkbox"/> Tacrolimus <input type="checkbox"/> Acide mycophénolique Mycophenolic acid	<input type="checkbox"/> Azathioprine <input type="checkbox"/> Prednisone
<input type="checkbox"/> Autre(s) médicament(s) / Other :	
Traitement anti-rejet/Treatment for rejection :	Date:
<input type="checkbox"/> Immunosuppression insuffisante suspectée/Insufficient immunosuppression suspected <input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No	
Anticorps spécifiques du donneur/Donor-Specific Antibodies	<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No Date:
Replication BK / BK Replication	<input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non/No Date: