

Demande d'avis médecine interne – néphrologie :

Concerne :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



Médecin référent :

Autres Médecins à prévenir du bilan :

Motif de la demande d'avis :

Insuffisance Rénale Chronique		
DIAGNOSTIC	Connu :	<input type="checkbox"/> Indéterminé
	Stade	Complications :
	<input type="checkbox"/> I (MDRD >90 mais lésion)	<input type="checkbox"/> Hypertension
	<input type="checkbox"/> II (MDRD 60-90)	<input type="checkbox"/> Hypervolémie
	<input type="checkbox"/> III (MDRD 30-59)	<input type="checkbox"/> Trouble ionique
	<input type="checkbox"/> IV (MDRD 15-29)	<input type="checkbox"/> Acidose
	<input type="checkbox"/> V (MDRD <15)	<input type="checkbox"/> Hyperparathyroïdie
	<input type="checkbox"/> non déterminé	<input type="checkbox"/> Anémie
Protéinurie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <i>anciennement connue :</i> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Autres :		

Une imagerie a été réalisée : oui non .

Une collecte urinaire de 24h a été réalisée : oui non .