Réinitialiser le formulaire **FORMULAIRE POUR DEMANDE A L'INITIATIVE DU MEDECIN GENERALISTE**

FICHE de demande de Réunion de Coordination Médicale en Néphrologie

PATIENT (à compléter par le médecin généraliste)

Nom du PATIENT _____/ Prénom _____/

Adresse _____/

CP _____/ Ville _____/

Téléphone _____/

Date de naissance ___/___/_____/ Sexe ❑ H ❑ F

Numéro de SS _/___/__/___/____/____/___/

MEDECIN GENERALISTE REQUERANT : * OBLIGATOIRE

Date de la demande _____/

Coordonnées du médecin généraliste

Nom * _____/ Prénom * _____/

Adresse _____/

CP _____/ Ville _____/

Numéro ADELI ou RPPS _____/

Téléphone * _____/ Mail _____/

CONSENTEMENT du PATIENT ❑ Le patient est informé de la Réunion de Coordination le concernant.

MOTIFS ET INFORMATIONS MEDICALES (par le MG) : * OBLIGATOIRE

❑ RESULTATS : *

Créatininémie : _____/ Date :_____/

CKD-EPI : _____/ Date :_____/

Protéinurie : _____/ Date :_____/

❑ AUTRES INFORMATIONS *

Hypertendu : ❑ OUI ❑ NON

Diabète : ❑ OUI ❑ NON

Atteinte cardiovasculaire : ❑ OUI ❑ NON

ALD : ❑ OUI ❑ NON

Poids _____/ **Taille en cm** _____/ **IMC** _____/

❑ JOINDRE DERNIERE BIOLOGIE COMPLETE *

❑ TRAITEMENTS * (Liste complète)

Motif de la demande/commentaires

A compléter par le service de NEPHROLOGIE

Demande traitée le :_____/

DATE PROGRAMMEE POUR LA REUNION DE COORDINATION :

LE : _____/ HEURE : _____/

AVEC LE DOCTEUR : (nom du néphrologue) _____/

Le RDV doit être OBLIGATOIREMENT validé par téléphone avec le médecin traitant